

- потребность в уточнении слуховых образов;
- потребность в формировании умения различать прямой и косвенный падежи;
- потребность в формировании умения понимать вопросы косвенных падежей;
- потребность в формировании умения понимать и верно использовать окончания косвенных падежей;
- потребность в формировании умения понимать значение предлогов;
- потребность в формировании умения верно использовать предлоги в собственной речи;
- потребность в целенаправленном формировании языковой программы устного высказывания.

Широкий диапазон различий в уровнях сформированности грамматического строя речи у детей с нарушением слуха обуславливает необходимость поиска путей реализации дифференцированного подхода в коррекционной работе.

Список использованных источников:

1. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев – М. : Детство-Пресс, 2007. – 472 с.
2. Лалаева, Р.И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя) / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. – СПб. : СОЮЗ, 1999. – 160 с.
3. Лепская, Н. И. Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации / Н.И. Лепская. - М. : РГГУ, 2013. – 320 с.
4. Филичева, Т. Б. 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.
5. Цейтлин, С.Н. Язык и ребенок: лингвистика детской речи: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 240 с.

УДК 612.7:615.825+376.36

Погорлецки Ала,

доктор биологических наук, доцент,
г. Кишинев, Республика Молдова

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ КАК ОБОСНОВАНИЕ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В КИНЕТОТЕРАПИИ И ЛОГОПЕДИИ

Резюме

В статье на основе анализа физиологического влияния упражнений для мелкой моторики приводится обоснование их применения в кинетотерапии и логопедии.

Ключевые слова

Упражнения, мелкая моторика, физиологическое влияние, кинетотерапия, логопедия.

Введение.

Моторика – совокупность двигательных реакций, умений, навыков и сложных двигательных действий, свойственных человеку [6]. Выделяют общую (или глобальную), мелкую (или тонкую), артикуляционную и мимическую моторику. В онтогенезе они

развиваются в соответствии с этапами становления и развития движений, описанными Н.А.Берштейном [1].

Одним из важнейших свойств моторной функции является координация, Координация движений развивается постепенно на основе опыта и упражнений, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся адекватным центральным ответом [6].

Мелкая моторика — совместная скоординированная деятельность нервной системы и опорно – двигательного аппарата, возможно – под контролем зрительного анализатора, заключающаяся в выполнении точных и мелких движений кистями и пальцами рук (и ног) [2]. Развитие мелкой моторики в онтогенезе – это длительный и сложный процесс, включающий высокую подвижность и тонкую координацию движений пальцев и кистей, контроль на основе зрительно – двигательных взаимосвязей. Развитие мелкой моторики как функции осуществляется только при непосредственном ее выполнении, или упражнении. Упражнения для мелкой моторики способны оказывать разноплановое действие на состояние как отдельных органов и систем, так и всего организма в целом. Поэтому они часто включаются в различные комплексы оздоровительной, профилактической и лечебной гимнастики, коррекционные и реабилитационные программы и др.

Мы решили проанализировать особенности физиологического влияния упражнений для мелкой моторики, применяемых в различных областях – кинетотерапии и логопедии.

Мелкая ручная моторика осуществляется за счет работы многочисленных мышц кистей и предплечий. Абсолютное большинство этих мышц – достаточно мелкие и слабые по сравнению с мышцами, ответственными за выполнение движений в крупных суставах. Однако эффективность упражнений для мелкой моторики определяется не объемом реализованной мышечной работы, а другими специфическими проявлениями со стороны органов и систем.

Выполнение упражнений для мелкой моторики (динамических активных и пассивных, изометрических и идеомоторных) является стимулом для мощного потока импульсов от проприоцепторов с периферии в центральные отделы нервной системы. В основе клинко – физиологического обоснования применения упражнений для мелкой моторики лежат многочисленные рефлекторные связи моторно – висцеральной природы, которые обуславливают их профилактическое, коррекционное, лечебное или стимулирующее действие. Это и обуславливает широкое применение упражнений для мелкой моторики в физическом воспитании, реабилитации, коррекционной педагогике и др. [1].

В кинетотерапии упражнения для мелкой моторики включаются в комплексы лечебной гимнастики у пациентов различного профиля. Проанализируем применение упражнений для мелкой моторики в ортопедии, травматологии и ревматологии - при заболеваниях и травмах опорно – двигательного аппарата [4]. Это могут быть ситуации ревматоидного артрита кисти, переломы костей или повреждения мягких тканей, которые сопровождаются болью, отеком, снижением подвижности в суставах, ограничением хватательной функции. С течением времени у пациентов могут развиваться осложнения - атрофия мышц, контрактуры различного генеза, нейро – мышечные и миофасциальные болевые синдромы и др. В указанных случаях упражнения для мышц, осуществляющих движения в суставах кисти и пальцев, будут решать задачи первичной и вторичной кинетопрофилактики, они будут направлены на минимизацию или устранение указанных симптомов, способствуя снижению выраженности боли и отека, сохранению подвижности, укреплению мышц. При ревматоидном артрите специальные упражнения способствуют снижению длительности утренней скованности, а также сохранению правильного стереотипа положения кисти и коррекции осей ее суставов, что

является профилактикой тяжелых деформаций (ульнарное отклонение кисти, деформации в виде «шеи лебедя» или «плавника моржа»).

Упражнения для кистей и лучезапястных суставов, применяемые после травм, будут способствовать восстановлению согласованной работы мышц, улучшая координацию и ловкость движений.

Основной задачей кинетотерапевтических программ реабилитации, включающих большое количество упражнений, способствующих сохранению функциональности кисти, самообслуживания и работоспособности пациентов, является повышение качества их жизни. В настоящее время специальные программы реабилитации, включающие элементы бытовых и производственных нагрузок с применением ручной моторики выделяют в виде *окупиациональной терапии*, или *эрготерапии*.

У пациентов кардиологического профиля упражнения для мелкой моторики также включаются в кинетотерапевтические программы реабилитации [5]. В этом плане рассматриваются следующие механизмы их лечебного действия:

Во-первых, упражнения для мелкой моторики (для рук и ног) способствуют снижению спазма и расширению периферических капилляров. Поэтому активные мобилизации в дистальных отделах конечностей назначают пациентам с гипертонией. Регулярное применение упражнений для мелких мышечных групп способствует перераспределению крови в организме и снижению артериального давления, снижается нагрузка на миокард, т.к. сердцу значительно «легче» прокачивать кровь по расширенным сосудам.

Во-вторых, сосуды кистей рук имеют тесные рефлекторные связи с коронарными артериями. Именно поэтому пациентам с ишемической болезнью сердца не рекомендуется в холодное время года выходить на улицу без перчаток, т.к. спазм мелких сосудов кистей может спровоцировать сердечный приступ. Активные сокращения мышц дистальных отделов конечностей, или же их помещение в теплую воду приводит к расширению сосудов конечностей и, соответственно, коронарных артерий.

Следует отметить, что упражнения для мелкой моторики являются одними из первых, которые назначаются пациентам при осложненном инфаркте миокарда, при тяжелых операциях.

Сложный рефлекторный ответ при выполнении упражнений для мелкой моторики проявляется у пациентов неврологического профиля с травмами и заболеваниями нервной системы, инсультами, ДЦП и др. [4] Выполнение упражнений для мелкой моторики вызывает мощный поток импульсов с периферии, который лежит в основе сложного процесса нейро-мышечного проторения, или нейро-мышечной фацелитации (ПНП, ПНФ или PNF). Сущность концепции ПНП, разработанной Г.Кабатом, состоит в максимальном возбуждении периферии (экстеро- и проприоцепторов) и различных районов коры головного мозга с целью достижения мощной сигнализации и концентрации возбуждения в зоне повреждения. Поток импульсов в ЦНС усиливает и обратную реакцию.

ПНП позволяет увеличивать силу, объем движений, работать над координацией, равновесием, выносливостью, стабильностью. Техники на основе ПНП стимулируют и облегчают мышечное сокращение, уменьшают боль при движениях, обучают новым движениям. При этом пациент активно вовлечен в процесс реабилитации, так как выполняет все упражнения совместно с терапевтом.

В коррекционной педагогике упражнения для мелкой моторики участвуют в реализации широкого круга задач, большинство из которых связано со становлением и развитием речи [6]. Взаимосвязи развития мелкой моторики и речи в онтогенезе уделяли внимание ученые – неврологи, невропатологи, педагоги, физиологи и др.

Невропатолог В. М. Бехтерев указывал, что функция движения руки всегда тесно связана с функцией речи, и развитие первой способствует развитию второй. М. М. Кольцова отмечала, что 1/3 всей площади двигательной проекции головного мозга занимает проекция кисти руки, которая расположена рядом с проекцией речевой моторной зоны [2].

Именно величина проекции кисти и ее близость к моторной речевой зоне навели ученых на мысль, что тренировка тонких движений пальцев рук должна оказать большее влияние на развитие активной речи ребенка, чем тренировка общей моторики. При этом движения пальцев рук стимулируют созревание ЦНС и активируют развитие речи ребенка. Специалисты указывают, что своевременное формирование ручных умений ребенка хорошо сказывается на развитии всех психических процессов и функций [2,6].

На основе упражнений для мелкой моторики разработаны множество коррекционных программ, которые применяются как у нормотипичных детей в качестве профилактики, так и при речевых нарушениях различного генеза.

Упражнения для мелкой моторики лежат в основе формирования графомоторных навыков, что является базисом подготовке детей к школе.

Перечисленные особенности физиологического влияния упражнений для мелкой моторики обуславливают их широкое применение в гериатрии [3]. Специальные комплексы упражнений, окупационная терапия, арттерапия и др. могут применяться с профилактической целью, когда основной задачей является поддерживать качество жизни пожилого человека в быту, ускорить процессы овладения новыми навыками, развить способности к практической самореализации в различных сферах жизни. В то же время эти мероприятия могут решать терапевтические задачи, являясь частью реабилитационных программ, направленных на восстановление функций ЦНС и костно-мышечного аппарата.

Заключение

На разных этапах онтогенеза упражнения для мелкой моторики могут решать широкий круг задач. В раннем детском возрасте существенно влияние тонких движений пальцев на формирование и развитие высших психических функций и речи ребенка. В период школьного обучения хорошо развитая мелкая моторика лежит в основе освоения графомоторных навыков и обучения в целом. В любом возрасте при патологиях ОДА и нарушениях вегетативных функций различного генеза мелкая моторика может способствовать восстановлению и нормализации утраченных функций.

Описанные примеры физиологического влияния упражнений для мелкой моторики позволяют проследить основные уровни организации движения, описанные Н. Берштейном - от низших, контролирующих мышечный тонус и регулирующих поток импульсов от проприоцепторов (уровни А-В), до высших, контролирующих предметную деятельность (уровень D) и интеллектуальные двигательные акты – речь и письмо (уровень E) [1]. Следует понимать, что, в зависимости от методики выполнения и поставленной задачи, эффект применения упражнений будет узконаправленным, специализированным или комплексным, сказываясь на функциональном состоянии всего организма.

Список использованных источников:

1. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Медицина, 1966.
2. Киселева И.А. Психофизиология моторно – двигательного акта. *Проблемы педагогики* №8(31). 2017. с.9-11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihofiziologiya-motorno-dvigatel'nogo-akta>

3. Лобанова Н.А., Соловьев А.Г. Развитие мелкой моторики и стимуляция высших психических функций у лиц пожилого возраста. *Клиническая геронтология* - №9-10, 2015. URL: <https://kg.newdiamed.ru/issue/id7520/id11980>
4. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Ростов-на-Дону, 2005, 604 с.
5. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н.Макаровой. М., «Гэотар-Медиа». 2010. 304 с.
6. Сергеева А.И. Логопедические технологии: технология обследования моторных функций : учебно-методическое пособие. Томск: Изд-во ТГПУ, 2010. – 60 с.

УДК 159.9:376-056.2/.3

Позднякова Елена,

перший проректор комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради, кандидат
педагогічних наук, доцент
м. Запоріжжя, Україна

ПСИХОЛОГІЧНА КОМПЕНСАЦІЯ ЯК ЧИННИК КОРЕКЦІЙНОГО ВИХОВАННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ОСВІТНЬО- РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ

Виховний процес у освітньо-реабілітаційному закладі має свою специфіку, тому проблема компенсації обмежень життєдіяльності дитини може бути вирішена в умовах цілеспрямованого корекційного виховання, яке сприяє подоланню недостатності чуттєвого досвіду. Цю думку підтверджує В. Нечипоренко, яка зазначає, що «мають бути запущені в дію реабілітаційні механізми, спрямовані на корекцію, компенсацію, розвиток порушених психофізичних функцій, станів, відновлення особистісного і соціального статусу дітей з особливостями психофізичного розвитку» [5]. Для вирішення проблеми компенсації обмежень життєдіяльності дитини і забезпечення її особистісного розвитку за допомогою корекційного виховання необхідно розглянути напрямки, які обумовлюють наявність в освітньо-реабілітаційному закладі можливості цілеспрямовано та ефективно забезпечувати особистісний розвиток осіб з обмеженнями життєдіяльності. Одним із таких напрямків є психологічна компенсація.

Теоретичним підґрунтям проблеми психологічної компенсації є дослідження А. Адлера, Л. Виготського, О. Колишкіна, Б. Ломова, В. Мерліна, Г. Нікіфорова, З. Фрейда та ін.

Ідея про неповноцінність того чи іншого органу організму людини як важливої обставини, що здійснює вплив на поведінку разом із суттю поняття компенсації стали фундаментальними положеннями концепції А. Адлера [цит. за 6, с. 516]. Згідно поглядів А. Адлера, дефект є провідною рушійною силою психічного розвитку особистості [цит. за 7].

Корисним для нашої роботи є розуміння Л. Виготським поняття надкомпенсації. Надкомпенсація – парадоксальний органічний процес, який перетворює хворобу в надздоров'я, слабкість в силу, отруєння – в імунітет. Вада не є лише недоліком, слабкістю, але й джерелом сили. Лінія «вада – надкомпенсація» є головною в розвитку дитини з особливими освітніми потребами. Компенсаторні можливості для подолання дефекту виступають на перший план в процесі розвитку дитини і можуть бути включені у виховний процес, як рушійна сила [цит. за 1].