



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ НАРОДНОГО ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТВОРЧЕСТВА
КАФЕДРА ХОРЕОГРАФИИ

«Танцевальная терапия в социальной реабилитации детей с
ограниченными возможностями здоровья»

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.01 Педагогическое образование

Направленность программы бакалавриата
«Дополнительное образование (в области хореографии)»
Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:

84,28 % авторского текста

Работа рецензирована к защите
рекомендована/не рекомендована

« 16 » августа 2026 г.

зав. кафедрой хореографии

Чурашов А.Г.

Выполнила:

Студентка группы ЗФ-507-118-5-1

Анисимова Инна Александровна

Научный руководитель:

к.п.н., доцент

Чурашов Андрей Геннадьевич

Челябинск

2026

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДСТВАМИ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	9
1.1 Актуальность проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	9
1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей с ОВЗ и особенности их социальной реабилитации.....	18
1.3 Танцевальная терапия как часть коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....	26
ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ЛОГОРИТМИКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНЫХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА.....	34
2.1 Организация и содержание коррекционно-развивающей работы на занятиях ритмики и танца с детьми старшего дошкольного возраста....	34
2.2 Логоритмика как раздел танцевально-двигательной терапии: структура построения и методическое обеспечение занятий.....	41
2.3 Диагностика комплексного развития детей с ОВЗ средствами танцевальной терапии (результаты опытно-поисковой работы).....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	77
ПРИЛОЖЕНИЕ	84

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам, касающимся социальной адаптации, интеграции и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Под ограничением жизнедеятельности, согласно Международной номенклатуре нарушений (МНН), понимается «любое ограничение или отсутствие способности осуществлять деятельность в рамках, считающихся нормальными для человека определенного возраста» [2].

Высокий интерес к данной проблеме – в области как медицины, так и специальной педагогики – объясняется ростом рождаемости детей с различными нарушениями развития физической, интеллектуальной, эмоционально-волевой, коммуникативно-поведенческой сфер. Например, если еще 20 лет назад на 10 тысяч детского населения приходилось от 5 до 26 случаев аутизма, то сегодня Всемирная организация здравоохранения называет цифру 1 из 100. Многочисленные исследования казахстанских ученых (К.Ж. Бектаева, В.В. Боброва, Н.Б. Жиенбаева, Т.Б. Кенжебаева, Л.Х. Макина и др.) свидетельствуют об увеличении количества детей с задержкой психического развития (ЗПР) и психоречевого развития (ЗПРР).

Основную ответственность за такие нарушения (помимо наследственных факторов) исследователи возлагают на негативное влияние социальных и микросоциальных условий, а также отсутствие своевременной профилактической и психокоррекционной работы с детьми данной категории. Поскольку различные расстройства диагностируются уже в период от 1 года до 5-х лет, то чем скорее начнется всесторонняя помощь детям с ОВЗ, тем лучше это будет для восстановления у них нарушенных способностей и тем эффективнее будет проходить процесс их адаптации и интеграции в социум.

Вопросы обеспечения жизнедеятельности детей данной категории определены в Законах Республики Казахстан: «Об образовании» (2007, с

изм. 2011), «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (2002), «О правах ребенка» (2002), «О социальной защите инвалидов» (2005) и в ряде других нормативно-правовых актах. Меры социальной поддержки детей реализуются совместно с неправительственными организациями (НПО) через государственный социальный заказ.

Одним из условий интеграции лиц с ОВЗ в социум является реабилитационная деятельность – система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма [2].

Вопросы реабилитации детей с ОВЗ сегодня вышли далеко за рамки профессионального медицинского сопровождения. Все больше акцент в работе с больным ребенком делается не на дефект как таковой, а на выявление и развитие его личностных качеств и способностей, повышение уровня познавательных, коммуникативных навыков и эмоциональной сферы, стимулирование творческого самовыражения, формирование моральных и социальных установок, обеспечивающих ребенку чувство уверенности и независимости в будущем. Решение таких задач реализуется в ходе «специально организованного процесса воспитания и обучения с помощью комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей» [2].

В данном случае мы говорим о социальной реабилитации, главной задачей которой является восстановление социального статуса ребенка и включение его в продуктивную полноценную социальную жизнь.

До недавнего времени процесс реабилитации детей с ОВЗ проходил в основном в специальных учебных заведениях или реабилитационных центрах, в специальных коррекционных классах школ и детских садов.

Однако, выделение «особых» групп приводило к исключению этих воспитанников из социальной жизни образовательных учреждений и создавало определенные барьеры в общении и взаимодействии.

Ситуация изменилась в 2011 году, когда в Казахстане начала внедряться модель инклюзивного образования, согласно которой все дети, включая детей с особыми потребностями, учатся в одной среде – в одном классе, в одной группе. С 2020 года создан Национальный научно-практический центр развития специального и инклюзивного образования. Постановлением Правительства РК от 30 декабря 2024 года утверждена Концепция инклюзивной политики на 2025-2030 годы. Все это говорит о постоянном внимании к проблемам реабилитации и адаптации лиц, и особенно детей, с ограниченными возможностями здоровья.

Несмотря на существующее многообразие методов реабилитации «особенных» детей, непрестанно ведется поиск все новых и новых методов их воспитания и обучения. Но не всегда общепринятые подходы дают положительные результаты, а те, что работают для одних детей, оказываются неэффективными для других. Из этого следует необходимость использования особых, специфических методик.

Актуальными сегодня становятся методы арт-терапии, основанные на творческой импровизации, раскрытии потенциала каждого конкретного ребенка средствами различных видов искусства. Так, возможности влияния музыки на эмоциональную сферу детей с РАС отмечают Г.В. Литвинова, О.А. Ворожцова и др. Театрализованную деятельность как средство коррекционно-развивающего процесса рассматривают И.А. Вертышева, Н.В. Петряева, Е.А. Янушко. Методики игровой терапии, условия и способы взаимодействия с детьми при нарушениях раннего эмоционального развития представлены в работах Л.П. Башмановой, Л.В. Косарева, В.Н. Полтавцевой, В.Н. Самойловой.

Одним из действенных методов арт-терапии широкую популярность в настоящее время приобретает реабилитация с помощью танца.

Танцевальная терапия – это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности.

Практически все дети дошкольного возраста с ОВЗ имеют несформированность мелкой моторики, нарушения речи, слабое внимание и память, трудности пространственной ориентации и координации. Одним из эффективных, многофункциональных и эмоционально привлекательных средств ТДТ в коррекции данных расстройств является логоритмика.

Основанная на связи слова, музыки и движения, логоритмика способствует нормализации различных психических процессов, в том числе и речевой функции, что играет важную роль в социализации ребенка. Через двигательную активность раскрывается и освобождается его внутренний мир. Кроме того, в танце объединяются дети с разным уровнем возможностей, что помогает преодолеть социальную отчужденность, учит терпимости и уважению к разнообразию. Совместная деятельность на занятиях способствует усвоению поведенческих норм, формирует навыки социального взаимодействия и взаимопомощи. В такой атмосфере ребенок начинает воспринимать различия как норму и чувствует себя более уверенней, что позитивно влияет на его самооощение, и тем самым создаются условия для социальной реабилитации и адаптации.

Таким образом, использование логоритмики как метода ТДТ может стать действенным средством коррекционно-развивающей работы с детьми с ОВЗ, и в реабилитации таких детей на первое место необходимо ставить коррекцию эмоциональных и поведенческих расстройств.

Исходя из выше сказанного, мы можем говорить об актуальности выбранной темы исследования: «Танцевальная терапия в социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья». Автор работает хореографом в детском саду с инклюзивными группами, где есть дети-аутисты и дети с задержкой психоречевого развития, поэтому выбор темы определяется еще и профессиональным интересом.

Цель исследования: раскрыть сущность и содержание танцевально-двигательной терапии и практически доказать ее эффективность в социальной реабилитации детей с ОВЗ.

Объект исследования: танцевально-двигательная терапия как часть коррекционной работы с детьми с ОВЗ.

Предмет исследования: коррекционно-развивающая работа с детьми старшего дошкольного возраста на занятиях по логоритмике в инклюзивных группах детского сада.

Гипотеза исследования основана на предположении о том, что включение танцевально-двигательных техник, и особенно логоритмики, на занятиях с детьми с ОВЗ может обеспечить коррекцию их моторной и коммуникативной функций, эмоционального состояния и различных поведенческих нарушений, что позволит таким детям включиться в общий образовательный поток и социализироваться среди сверстников.

Задачи исследования:

- изучить психолого-педагогическую и специальную литературу по теме исследования;
- дать характеристику особенностей детей с ОВЗ;
- раскрыть специфику танцевально-двигательной терапии;
- реализовать коррекционно-развивающую программу по логоритмике в инклюзивных группах детского дошкольного учреждения;
- провести диагностику комплексного развития детей с ОВЗ и доказать эффективность танцевальной терапии в социализации детей.

Теоретической и методологической базой исследования послужили научные труды теоретиков и практиков в области психологии, педагогики, дефектологии, социологии и хореографии:

- концепции развивающего обучения детей Л.С. Выготского, В.В. Давыдова, А.Н. Леонтьева, В.А. Сухомлинского, Б.М. Теплова и др.;
- исследования по диагностике и коррекции ЗПР и РАС (М.М. Безруких, А.Н. Корнев, Е.В. Мальцева и др.);

– работы по вопросам воспитания и социализации детей с особыми потребностями в инклюзивной среде (Г.М. Андреева, Е.В. Багирова, Р.А. Литвак, А.С. Сиротюк и др.);

– теория и методика танцевальной терапии (Н.И. Веремеенко, И.В. Ганичева, А.Е. Гиршон, Э. Гренлюнд, Н.Ю. Оганесян, А.Г. Чурашов и др.);

– методические пособия и развивающие программы по логоритмике для дошкольников (Г.А. Волкова, М.Ю. Гоголева, Е.В. Картушина и др.).

В качестве теоретических источников также были использованы законодательные и нормативные документы Республики Казахстан в области дошкольного и инклюзивного образования, справочная литература, научные статьи, интернет-материалы по теме исследования.

Для решения поставленных задач применялись следующие методы:

– теоретические: анализ литературы и интернет-источников; изучение коррекционно-развивающих программ и технологий; сравнение и обобщение практического опыта танцевальных терапевтов и хореографов;

– практические: описание, педагогическое наблюдение за детьми на занятиях; опросные методы (беседы с детьми, воспитателями, родителями); диагностика, сравнение полученных результатов.

Теоретическая значимость исследования состоит в обобщении приемов при работе с детьми с ОВЗ, изучении и систематизации материала по коррекции расстройств у дошкольников, обосновании роли танцевальной терапии в работе с детьми данной категории.

Практическая значимость заключается в разработке коррекционно-развивающей программы по логоритмике и танцу для воспитанников инклюзивных групп детского сада. Результаты проведенной работы могут быть полезны арт-терапевтам, воспитателям, педагогам-хореографам.

База исследования: ТОО «SABA-16» – детский сад «Арай» (Акмолинская область, г. Атбасар, Республика Казахстан).

Структура работы: введение, две главы с выводами, заключение, список использованных источников, приложение.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДСТВАМИ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

1.1 Актуальность проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

Во всем цивилизованном мире (и Казахстан не исключение) детство признается важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе. Это касается всех детей, независимо от состояния их здоровья.

В современных условиях осуществления глубоких идеологических, экономических и социально-культурных реформ все большую значимость приобретают вопросы наиболее полного и комфортного для себя и окружающих включения в общество достаточно крупной и социально уязвимой группы населения – лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). По состоянию на конец 2025 года в Казахстане проживает почти 750 тысяч лиц с особыми потребностями, что составляет около 3,7% от общей численности населения. Из них 117 тысяч – дети до 18 лет.

Проблема социализации детей с ОВЗ на сегодня остается одной из наиболее актуальных. ОВЗ – статус, который присваивается ребенку при наличии неврологических, ментальных, эмоциональных нарушений, при которых ему затруднительно осваивать образовательные программы, вести активную социальную деятельность, контактировать с ровесниками, самостоятельно себя обслуживать. При ОВЗ нет жизнеугрожающих состояний, как таковое лечение не требуется. Но таким малышам нужны особые условия для их развития, роста, обучения и воспитания. На создание таких условий и направлена социальная реабилитация.

На протяжении всей истории социальная реабилитация прошла сложный исторический путь от полного отчуждения, непризнания в

обществе и изоляции «неполноценных членов семьи» в античности до современной гуманистической модели, ориентированной на права каждого человека и его полноценное включение в общество [36, с. 13].

С точки зрения науки реабилитологии термин «реабилитация» также претерпевал изменения как по форме, так и по содержанию. В первоначальном варианте, предложенном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1963 г., под реабилитацией понимался процесс, целью которого являлась профилактика инвалидности в период лечения заболевания и помощь больным в достижении ими максимальной физической, психической, профессиональной, социальной полноценности, на которую они способны в рамках существующего заболевания. В 1969 году реабилитация рассматривалась как скоординированное применение медицинских, социальных, просветительских мероприятий, включающих обучение и переобучение инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности [38, с. 35-38].

Значение данного термина продолжает разрабатываться и уточняться.

В «Российской энциклопедии социальной работы» [64, с. 802] социальная реабилитация определяется как «совокупность мероприятий, осуществляемых государственными, частными, общественными организациями, направленных на защиту социальных прав граждан».

И.А. Плохова рассматривает социальную реабилитацию людей с ограниченными возможностями как последовательность действий, комплекс методов, приемов, с применением различных подходов для достижения основной цели данной технологии [61, с. 24].

С точки зрения Б.С. Бондаренко, социальная реабилитация как процесс – это система, части которой осуществляют последовательно мероприятия для решения тактических задач и достижения цели. Целью является восстановление социального статуса гражданина, формирование у него устойчивого отношения к сложным ситуациям, интеграция в общественно-полезную деятельность [9, с. 115, 124].

В энциклопедии по социальной работе под редакцией Е.И. Холостовой социальная реабилитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменения социального статуса, девиантного поведения личности [64].

Н.И. Куликова [49] по результатам социологических исследований в своей диссертации рассматривает несколько подходов к понятию «социальная реабилитация»: исторический, медицинский, правовой, психологический, социологический (Таблица 1).

Таблица 1 – Подходы к понятию «социальная реабилитация»

Подход	Содержание
Исторический подход	Позволяет рассмотреть эволюцию понятия «реабилитация», выявить этапы формирования подходов к анализу данного понятия. Проблема взаимоотношений общества со своими более слабыми собратьями существовала с момента его зарождения. На всех этапах развития общество не могло оставаться безразличным к людям, которые имели физические и психические нарушения в своем развитии.
Медицинский подход	Акцентирует внимание на восстановлении здоровья и трудоспособности индивида.
Правовой подход	Позволяет определить правовой статус индивида в системе реабилитационных и социальных мероприятий.
Психологический подход	Рассматривает реабилитацию как процесс нормализации характера индивида, избавления его от деформации личности, комплекса неполноценности, других остаточных явлений перенесенного заболевания, выражающихся в характерологических и психологических изменениях.
Социологический подход	Отражает социальную политику любого государства, согласно которой нетрудоспособные граждане составляют предмет заботы. При этом основной заботой государства является их материальная поддержка (пенсии, пособия, льготы и т.д.), а также оказание им действенной физической, медико-психологической, организационной, культурно-досуговой и другой помощи.

Наиболее полно сущность социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья представлена Л.И. Акатовым. В своем учебном пособии он рассматривает социальную реабилитацию с трех позиций: как процесс, как конечный результат и как деятельность [2].

Социальная реабилитация как процесс – представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация постоянно возникающих в ходе взаимодействия с ребенком тактических задач на пути к достижению стратегической цели – восстановлению его социального статуса, формированию устойчивой к травмирующим ситуациям личности, способной успешно интегрироваться в общество. Процесс социальной реабилитации осуществляется под руководством специалистов в этой области, протекает в специально организованных условиях, в ходе которых используются различные формы, методы и специальные средства воздействия на ребенка.

Социальная реабилитация как конечный результат – это достижение ее конечных целей, когда человек, имеющий ограниченные возможности здоровья, после прохождения комплексной реабилитации в соответствующих учреждениях вливается в социально-экономическую жизнь общества и не ощущает своей неполноценности.

Социальная реабилитация как деятельность – относится в равной мере как к личности специалиста, являющегося ее организатором, так и к личности ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс, который выступает в нем как субъект деятельности и общения. Согласно Л.И. Акатову, – это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребенка с ОВЗ в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий. Названный вид деятельности требует от специалиста по социальной реабилитации глубоких профессиональных знаний, высоких морально-нравственных качеств [2].

Социально-реабилитационная деятельность, как и любой другой вид деятельности, имеет свои качественные общие характеристики: целенаправленность, опосредованность, субъективность, интенсивность, динамичность, эффективность (Таблица 2).

Таблица 2 – Качественные характеристики социальной реабилитации

Качество	Характеристика
Целенаправленность	Процесс социальной реабилитации строится с учетом четкой цели, осознания того, какими личностными и психическими качествами должен обладать ребенок на завершающем этапе.
Опосредованность	Социально-реабилитационные воздействия оказывают влияние на ребенка не прямо, а косвенно – в результате социальной обусловленности реабилитационной деятельности, ее связи со значениями, фиксированными в понятиях языка, нормах морали, ценностях. Воздействие будет иметь эффект лишь в том случае, если оно будет осмыслено на уровне сознания и будет принято индивидом как свое собственное.
Субъективность	Выражается в проявлениях индивидуальности как специалиста по социальной реабилитации, так и ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс. Качественные характеристики определяются активностью его участников, наличием прошлого опыта, установками, эмоциями, целями и мотивами, особенностями межличностных отношений, а также уровнем профессиональной компетентности специалиста.
Интенсивность	Наличие у каждого специалиста индивидуального стиля деятельности, который позволяет добиваться определенной эффективности при использовании разных способов и средств воздействия.
Динамичность	Определяется поступательным движением в реализации текущих задач в работе с ребенком. Важно добиваться пусть незначительных, но положительных сдвигов в психике, что может привести к более существенным положительным изменениям в развитии личности в целом.
Эффективность	Проявляется в соотношении достигнутого результата к максимально достижимому или заранее запланированному результату. Определяется при четко выделенных критериях измерения результатов. Основными показателями определения эффективности социально-реабилитационной деятельности могут быть сравнимые изменения в уровне развития личности ребенка, достигнутого за соответствующий период, и его способность к адаптации и интеграции в социальную жизнь с учетом реабилитационного потенциала.

Понятие «социально-реабилитационная деятельность» по своей сути имеет много общего с понятиями «образование», «педагогический процесс», «обучение» и «воспитание», «педагогическая деятельность», которые широко используются в педагогической практике. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, – обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями, в

виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность ребенка, способного жить в обществе и выполнять определенные социальные роли [65]. В этой связи едиными становятся и большинство понятий, используемых в равной мере как в педагогической деятельности, так и в социально-реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.).

Однако, в отличие от педагогического процесса, обязательными условиями социальной реабилитации являются: во-первых, проведение диагностического обследования ребенка, с учетом результатов которого и строится сам процесс; во-вторых, осуществляется он в неразрывном единстве с проведением медицинских мероприятий, психической и педагогической поддержкой и социальной адаптацией.

Таким образом, социальная реабилитация – это система комплексного воздействия, включающего медицинские, социальные, образовательные и профессиональные меры, направленные на максимальное восстановление функциональных возможностей человека с целью изменения его социального статуса и интеграции в продуктивную полноценную социальную жизнь.

Вплоть до начала XXI века проблемы людей с ОВЗ оставались «за границами» жизни здорового человека, где-то на периферии общественного сознания. Социализация, обучение и развитие детей происходили в специальных интернатах, практически изолированно от общества. Обучаясь в коррекционных классах общеобразовательных школ и группах детских садов, воспитанники оставались по сути изгоями, исключенными из жизни этих учреждений, и определенные барьеры в общении и взаимодействии сохранялись. В результате, большинство детей с отклонениями в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом, став взрослыми, оказывались неподготовленными к жизни [67].

Основной проблемой у лиц с ограниченными возможностями, чаще всего фигурирует одиночество, низкая самооценка, отсутствие социальной

уверенности в себе, депрессия, ощущение отверженности из-за своих недостатков, психологическая и физическая зависимость. Весьма острыми, особенно у детей и подростков, являются проблемы в установлении и развитии взаимоотношений со сверстниками. Иными словами, многие черты характера, самоощущения таких людей создаются не под влиянием врожденного или приобретенного ограничения здоровья, а под влиянием факторов микро- или макроокружения [66].

Сегодня происходит постепенное становление и усиление демократических установок, признание прав каждой личности, независимо от ее физического, психического или интеллектуального состояния. Аномалия в развитии еще не говорит о том, что этот человек не имеет права или не может быть счастливым; зачастую, именно такие люди больше понимают и больше чувствуют в этом мире, нежели нормально развивающиеся люди. Австрийский психиатр А. Адлер сказал: «Всякий дефект не ограничивается изолированным выпадением функции, но влечет за собой радикальную перестройку всей личности и вызывает к жизни новые психические силы, дает им новое направление» [1, с. 65]. Поэтому любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу.

В Казахстане это закреплено на государственном уровне в законодательных и нормативно-правовых актах:

- Закон РК «Об образовании» от 27 июля 2007 года № 319-III (с изм. и доп. 24.10.2011 г.),
- Закон РК «О правах ребенка» от 08 августа 2002 № 345-II,
- Закон РК «Об оказании социальной и медико-педагогической коррекционной поддержки детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года № 343,
- «Типовые правила организации деятельности кабинетов коррекции и инклюзивного образования» (2009),

– Закон РК «О социальной защите инвалидов» от 13 апреля 2005 года № 39-III ЗРК; изм. и доп. 01.01.2023;

– «Концепция развития инклюзивного образования в Республике Казахстан»;

– «Методические рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии» (2009) и др.

Основополагающим принципом документов является установка на создание безбарьерной комфортной среды, на необходимость «сделать людей с ОВЗ не просто получателями благотворительной помощи, а полноправными гражданами нашего общества» [33].

Меры социальной поддержки детей с особыми потребностями реализуются совместно с неправительственными организациями (НПО) через государственный социальный заказ. Создана сеть коррекционных, образовательных и реабилитационных центров, комплексно решающих многие проблемы. Осуществляется подготовка специалистов, призванных обеспечивать реабилитацию детей с ОВЗ.

Сегодня вопросы реабилитации детей с ОВЗ вышли далеко за рамки профессионального медицинского сопровождения. Все больше акцент в работе с больным ребенком делается не на дефект как таковой, а на выявление и развитие его личностных качеств и способностей, повышение уровня познавательной, коммуникативной и эмоционально-волевой сфер, стимулирование навыков творческого самовыражения, формирование моральных и социальных установок, обеспечивающих ребенку чувство уверенности и независимости в будущем [65; 66].

Основные цели и задачи социально-реабилитационного процесса:

– целенаправленно воспитывать ребенка-инвалида как полноценную личность, гражданина с правами и обязанностями;

– опираясь на возрастные психологические особенности ребенка, раскрывающие структуру целостной личности ребенка в ее становлении и

развитии, относиться к нему как к субъекту самопознания и самосовершенствования;

- вырабатывать у ребенка систему потребностей и специальные качества, необходимые для вхождения в сложный мир социальных и социально-экономических отношений;

- разрабатывать методики и технологии социально-реабилитационного процесса, направленные на формирование личности, устойчивой к травмирующим ситуациям;

- совершенствовать систему комплексных воздействий на ребенка, которые, дополняя друг друга, могут оказать максимальное влияние на развитие его как личности [38; 46].

Социальная политика по отношению к детям с ограниченными возможностями развивается, но еще не полностью проработаны все аспекты развития реабилитации данной группы людей.

Ограниченные социально-экономические, технические и культурные ресурсы, которыми располагает система социальной реабилитации детей с ОВЗ, нередко вынуждают руководителей и специалистов органов и учреждений социальной защиты направлять свою деятельность только на удовлетворение их витальных потребностей, пренебрегая возможностью полноценного развития. Сказывается также нехватка квалифицированных кадров: терапевтов, психологов, педагогов.

Серьезная проблема остается в формировании общественного мнения, необходимости преодоления негативных стереотипов по отношению к особенным детям. С одной стороны, в системе инклюзивного образования, здоровые дети учатся воспринимать детей с ОВЗ как равноправных членов общества, учатся терпимости, взаимопомощи, доброте. С другой стороны, явные физические недостатки по-прежнему остаются объектом насмешек со стороны здоровых детей, что сказывается на психике больного ребенка. Из-за этого родители часто ограждают своего сына или дочь с ОВЗ от общения с другими детьми, переводят на

домашнее воспитание и обучение, отказываются посещать массовые мероприятия, думая, что там он будет испытывать определенный дискомфорт. Но именно в детстве закладываются навыки социального общения и поведения, необходимые во взрослой жизни. Ведь если на начальных возрастных этапах на восприятие социальных воздействий негативно влияет первичный дефект, то в дальнейшем, если не проводится его коррекция, ведущую роль начинают играть вторичные отклонения, которые препятствуют социальной адаптации ребенка, порождая педагогическую запущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы, личностные нарушения. Чтобы не допустить такого развития событий, ребенка, имеющего тот или иной дефект, необходимо своевременно включить в социально-реабилитационный процесс [61].

Но социальным опытом дети овладевают не самостоятельно, а при помощи взрослых. Эффект развития ребенка во многом зависит от компетентности и умения взрослых управлять активностью ребенка, от особенностей и условий организации коррекционно-развивающей деятельности, понимания взрослыми целей, задач и способностей ребенка, необходимых для ее выполнения, способов и приемов ее осуществления.

Таким образом, специфика социальной реабилитации детей с ОВЗ заключается в том, что в центре внимания должен быть ребенок как развивающаяся личность со своими запросами, интересами, проблемами, а процессы обучения, воспитания и социальной реабилитации следует направлять на всестороннее развитие задатков и способностей, не подвергшихся травмированию, на формирование ребенка как личности.

1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей с ОВЗ и особенности их социальной реабилитации

ОВЗ – статус, который присваивается ребенку при наличии неврологических, ментальных, эмоциональных нарушений, при которых ему затруднительно осваивать школьные программы, вести активную

социальную деятельность, контактировать с ровесниками, самостоятельно себя обслуживать [7]. Методологические аспекты исследуемой проблемы представлены в работах Е.Р. Баенской, Л. Каннера, М.М. Либлинг, С.А. Морозова, О.С. Никольской и других специалистов.

У детей с ОВЗ нарушения психического и физического развития могут носить как временный, так и постоянный характер. Чаще всего требуется коррекция при нарушении слуха, речи, функции опорно-двигательного аппарата, ЗПР, аутизме.

Нарушения, при которых требуется помощь специалистов [54]:

1. Речевые нарушения – как правило, у таких детей сохранены зрение, слух, ментальное здоровье, но нарушена именно речевая функция, из-за чего усложнена коммуникативная и познавательная деятельность.

2. Нарушение слуха – может быть как тугоухость, так и глухота. Из-за этого затруднено речевое общение, может быть повышенная опасность при перемещении по городу, дому, школе.

3. Нарушение зрения – ставится детям с пониженным зрением, слабовидящим, а также при полной слепоте.

4. Задержка психического развития – есть незрелость волевой и эмоциональной сферы, наблюдается медленный или крайне медленный темп психического развития, интеллектуальная недостаточность.

5. Умственная отсталость – ставится тем детям, у которых необратимое нарушение в интеллектуальной сфере и развитии психики. При данной патологии имеются органические поражения нервной системы.

6. Аутизм – патология, при которой у ребенка теряется стойкая связь с реальностью, наблюдаются нарушения в социальном взаимодействии, обучении, восприятии информации. Часто у таких пациентов встречается цикличное, стереотипное поведение, на фоне которого могут быть аномалии социального функционирования.

7. Дисфункции опорно-двигательного аппарата – у ребенка может быть ограничение подвижности, потеря равновесия, нарушение

координации движения, асинхронность, нарушение двигательного темпа, неловкость движений. Дисфункции могут быть врожденными или приобретенными (появиться после бытовых и спортивных травм, ДТП).

Реабилитация детей с ОВЗ проводится независимо от того, имеет место врожденная или приобретенная патология.

Достаточно многочисленной группой среди выборки детей с ОВЗ, являются дети с расстройством аутистического спектра (РАС).

Аутизм (от латинского слова *autos* – «сам» – погружение в себя) – это, прежде всего, психическая особенность восприятия мира [7].

Наиболее ярким проявлением детского аутизма является стремление к одиночеству, изолированности. Такие дети избегают физических и зрительных контактов с окружающими, из-за бедности мимики и жестов испытывают трудности в выражении собственных эмоций и чувств, а также понимания эмоциональных состояний других людей. Эти дети крайне разборчивы в быту, однако их выбор происходит по непонятным для окружающих основаниям (к примеру, предпочитают еду определенной формы; носят одежду определенного цвета; ходят всегда одной и той же дорогой). При малейшем изменении привычных жизненных условий у этих детей отмечается резко негативная реакция, нередко приводящая к истерике или нервному срыву [4, с. 154-165; 14, с. 18-22].

У детей с диагнозом «аутизм» отсутствует естественный для детей интерес к окружающему миру: они не любят играть с обычными игрушками (выбирают для игр неподходящие, на первый взгляд, предметы: скрепки, булавки, пуговицы, кусочки ткани и т.д.). При этом могут наблюдаться неестественные манипуляции с предметами и игрушками, с игнорированием их социальной функции и обращением к их физической характеристике, что выражается в постукивании, потряхивании, разрывании и верчении [31].

Детям, страдающим РАС, свойственны стереотипные движения и моторные действия, задержка речи и искажение ее коммуникативной

стороны. Даже если ребенок обладает хорошо развитой речью, для него характерны отсроченные или немедленные повторы. Такие устойчивые речевые формы не используются для коммуникации: ребенок может их использовать, не обращая внимания на реакцию собеседника, вызывая при этом недоумение окружающих [16, с. 91-101].

Проявления подобных состояний наиболее выражены в раннем детстве, в период от 1 года до 4-х лет, когда эти дети замыкаются в себе [4]. В возрастной период 4-5 лет дети, как правило, постепенно выходят из этого состояния, причем с разным эффектом, поэтому при правильной и своевременной коррекции существуют достаточно благоприятные исходы.

Важно понимать, что аутистическое развитие носит неравномерный, скачкообразный характер: в одном виде деятельности аутичный ребенок может опережать своих сверстников, в другом – отставать от них.

Эффективность реабилитации напрямую зависит от начала периода оказания помощи – чем раньше оказана помощь, тем меньше времени занимает период реабилитации, и тем выше ее эффективность.

На сегодняшний день в мировой практике разработано множество эффективных методов реабилитации детей с РАС. Среди них методы поведенческой модификации АВА, Floortime, методики TEACCH, PECS, методики развития речи, двигательной коррекции, сенсорной интеграции и многие другие. Содержание программ, разработанных отечественными и зарубежными авторами, направлено преимущественно на социальное и когнитивное развитие, формирование навыков вербального и невербального общения, адаптацию к социуму и повышение компетентности в двигательной активности, а также минимизацию трудностей поведения. В общем, все методики ориентированы на обучение детей навыкам взаимодействия с окружающим миром [16; 72].

Неотъемлемой частью реабилитационного процесса детей с РАС является привлечение родителей, которые рассматриваются как важнейшие партнеры в коррекционной работе. Важно, чтобы родители

ребенка были неотъемлемой частью команды, работающей с ребенком, взаимодействовали с ним на основе выработанных принципов обучения и помогали ему обобщить все навыки, которые он получает в процессе работы со специалистами. Залогом успеха терапии при этом является просвещение родителей, разъяснение особенностей аутизма, в том числе и невозможности полностью его вылечить. Работа с родителями направлена на формирование у них такого менталитета, который позволяет принимать аутистические расстройства не как патологию, а как особый, но равноценный и равнозначный норме вариант развития ребенка [16].

Диапазон выраженности нарушений в развитии у детей с РАС невероятно широк, что значительно осложняет создание единых стандартов помощи для детей данной целевой группы. Поэтому при работе с ребенком с РАС возникает необходимость построения индивидуального реабилитационного маршрута. При этом необходимо учитывать вариант и выраженность имеющегося нарушения, особенности адаптации и поведения, наличие или отсутствие сопутствующих нарушений, осложняющих ход развития, возможности и потребности его семьи, ресурсы образовательной организации и т.д. Именно поэтому обобщение практического опыта, анализ эффективных стратегий реабилитации детей с РАС, используемых специалистами, и построение собственных моделей становятся ключевыми проблемами всех, кто работает в образовательных организациях с особенными детьми [66].

Вторая достаточно большая группа детей с ОВЗ – это дети с задержкой психического (ЗПР) и психоречевого развития (ЗПРР).

В учебниках по специальной психологии детям с задержкой психического развития (ЗПР) принято относить детей, которые «не имеют выраженных отклонений в развитии слуховых, зрительных и двигательных функций, хотя очень часто такие дети поздно начинают ходить и говорить [57]. У них страдает эмоционально-волевая сфера, они не готовы учиться и не проявляют интереса к обучению, быстро

утомляются, с трудом овладевают навыками чтения и письма. Такие дети и в школе продолжают вести себя как в детском саду.

Для детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) характерны нарушения речи: скудный словарный запас, отсутствие предложений к 3-4 годам, невнятное произношение («каша» во рту), проблемы с построением грамматических конструкций. В поведении такие дети также быстро устают, испытывают трудности с концентрацией внимания, эмоционально нестабильны (частные перепады настроения). В познавательной сфере из-за плохой памяти плохо усваивается и новая информация. Дети с ЗПРР неконтактны, редко играют со сверстниками, им сложно соблюдать правила или адаптироваться к новым условиям.

Но, как указывают Т.А. Власова [17], и М.С. Певзнер [58], у детей с ЗПР и ЗПРР не наблюдается первичной интеллектуальной недостаточности, им под силу понять смысл прочитанной им сказки, рассказа, сюжетной картинки, они могут самостоятельно разложить в должной последовательности серию предложенных картинок. Авторы относят данные отклонения к эмоционально-личностной незрелости, спровоцированной психическим или психофизическим инфантилизмом.

По классификации К.С. Лебединской, выделяют 4 типа нарушений:

- конституционального характера;
- соматогенного характера;
- психогенного характера;
- церебрально-органического характера [50].

ЗПР конституционального происхождения влияет на физическое и психическое развитие эмоционально-волевой сферы ребенка, проявляется поверхностными представлениями, преобладанием игровой мотивации поведения, легкой внушаемостью. У таких детей при обучении преобладающее значение имеют игровые интересы.

Расстройства соматогенного происхождения развиваются в результате хронических заболеваний, инфекций, детских неврозов,

врожденных и приобретенных пороков развития соматической системы. При этой форме у детей слабое не только физическое развитие, но и психологическое равновесие. Часто такие дети боязливы, не уверены в себе, стеснительны, из-за чрезмерной опеки родителей плохо вступают в контакт со сверстниками. Дальнейшее становление и обучение детей при таком типе нарушения зависит от состояния их здоровья.

Причиной ЗПР и ЗППР психогенного характера чаще всего являются социальные факторы: семейное неблагополучие, недостаток семейного общения, проживание в иноязычной среде, педагогическая запущенность, что и приводит к недостатку знаний, умений и интеллектуальному недоразвитию.

Наиболее распространенным является церебрально-органический тип, который характеризуется эмоционально-волевой незрелостью, нарушением в познавательной деятельности ребенка, наличием органической недостаточности нервной системы.

Л.И. Переслени, Е.М. Мастюкова, Л.Ф. Чупров на основе анализа проведенных психолого-педагогических исследований, дифференцируют детей с ЗПР и ЗППР по структуре дефекта на две большие группы [59].

К первой группе исследователи относят детей, у которых основной причиной ЗПР являются нарушения эмоционально-волевой сферы и внимания. Особенностью поведения детей данной группы являются живость и непосредственность эмоциональных реакций, неустойчивость, импульсивность, часто повышенная возбудимость, раздражительность и агрессивность. Отсутствие самоконтроля, наивность, неспособность ставить цели, планировать свои действия отрицательно сказываются на выполнении двигательных и интеллектуальных заданий [29].

Эмоционально-волевая недостаточность влечет несформированность произвольного и непроизвольного внимания, что выражается в замедлении восприятия информации, повышенной отвлекаемости на незнакомые или сильные раздражители, в невнимательности, в трудностях переключения

на новый вид деятельности. Поэтому у детей первой группы игровые интересы, как правило, преобладают над учебными. Ребенок продуктивно работает в течение 5-15 мин, затем в течение какого-то времени (3-7 минут) «отдыхает», накапливает силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отдыха» ребенок как бы выпадает из деятельности, занимаясь посторонними делами. После восстановления сил ребенок снова способен к продуктивной деятельности и т.д. [29].

Ко второй группе детей относятся дети с первичными интеллектуальными нарушениями, которые сочетаются с различными эмоционально-волевыми расстройствами и нарушениями регуляции деятельности. В основном это дети церебрально-органического типа (по классификации К.С. Лебединской). Особенностью детей этой группы является интеллектуальная недостаточность, что выражается в ухудшенных показателях запоминания и воспроизведения изучаемого материала, словесно-логического мышления, недостаточным объемом знаний и представлений, неразвитостью способностей [59, с. 55-62].

Если для детей первой группы характерны непосредственность и живость эмоциональных реакций, наивность и преобладание игровых интересов над учебными, то детей из второй группы отличает некоторая инертность, слабостью побуждений, вялость и пассивность. Общим для детей обеих групп является отставание в развитии всех форм мышления.

Дети с РАС, ЗПР и ЗПРР из-за нарушений в формировании двигательной сферы, страдают несформированностью техники в основных видах движений: точности, выносливости, гибкости, ловкости, зрительно-моторной координации, несовершенстве мелкой моторики рук. Данные нарушения служат значимым препятствием для формирования у детей основных жизненных навыков [13, с. 33-57].

Сегодня разработаны оригинальные методики, позволяющие выявить качественно-количественные характеристики прогностической деятельности и найти необходимые показатели для выявления ее

особенностей у здоровых детей и детей с задержкой умственного развития и расстройствами аутического спектра. Своевременное обнаружение нарушений – залог наиболее полной компенсации дефектов развития, овладения ребенком необходимыми и социально значимыми знаниями и навыками. При раннем начале лечения и регулярных занятиях большинство детей данной категории ОВЗ догоняют сверстников, и диагноз снимается.

Решению таких проблем в значительной мере способствует использование с детьми нетрадиционных форм, в основе которых основным средством коррекционно-реабилитационной деятельности являются искусство и творчество, а именно танцевальное – как составляющая часть арт-терапии.

1.3 Танцевальная терапия как часть коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Терапия (лечение) – это процесс, целью которого является облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания, патологического состояния, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и восстановление здоровья [7].

Танцевально-двигательная терапия – это методика арт-терапии, опирающаяся на объединение в себе технологий и техник работы с телом, движениями и эмоциями.

Танцевально-двигательная терапия (далее ТДТ) как самостоятельное направление сформировалась в XX веке, однако ее истоки уходят в гораздо более ранние культурные и антропологические пласты.

В Древней Элладе танец являлся средством к раскрепощению тела. Сократ считал пляски лучшим способом достижения калокагии (калос – «прекрасный», агатос – «добрый») – гармонии внешней красоты и внутренней доблести. Платон доказывал, что ритм, проникая через душу человека, приводит в стройную гармонию нравственные начала, что ритмические танцевальные упражнения должны предшествовать

образованию, поскольку ритм является началом порядка и ясности. Танец выступал не только как эстетическая форма выражения, но и как важное ритуально-лечебное действие, тесно связанное с мировоззрением и жизненным укладом древних обществ [73; 75].

Ученые-антропологи (Ф. Боас [6], К. Леви-Стросс [51], М. Мид [55]), изучающие движение как культурный феномен отмечают, что в большинстве традиционных культур танец рассматривался как средство восстановления внутреннего равновесия человека и поддержания гармонии между индивидом, природой и сообществом. Танцевальные ритуалы были частью целостной системы поддержки психического и физического здоровья, поскольку включали ритмическое движение, музыкальные звуки, коллективное участие и переживание общности. Музыкально-двигательная структура таких ритуалов выполняла функции, близкие к современному пониманию телесной психотерапии: через интенсивность движения происходила разрядка накопленного напряжения, а через коллективный ритм – ощущение поддержки и безопасности.

Как показывает исследование Е.А. Спиркиной, танец играл важную социальную функцию – был средством накопления, сохранения и передачи опыта подрастающему поколению, самопознания и познания окружающей действительности [69]. Танец приобретает знаковую функцию, становясь своеобразным социальным маркером, признаком принадлежности к тому или иному роду. По мнению известного немецкого психолога К. Закса, «танец составляют не отдельные разрозненные движения, а движения, прежде всего, выражающие всю сущность индивидуума». Именно на этом принципе построен танец А. Дункан, в совершенстве выражающее тело и душу в гармоничном единстве.

В качестве подкрепления идеи об отсутствии четкого разделения между духовной и физической составляющими выступают слова К.Г. Юнга: «Тело без души нам ни о чем не говорит, так же как и душа ничего не может значить без тела» [76].

Танец как метод лечения относится к сфере телесно-ориентированной терапии, а также психологии, лечебной физкультуре, арт-терапии и психосоматической медицины. Особая ценность и сила танца в его интеграционном качестве, когда физические, эмоциональные, интеллектуальные и духовные процессы соединяются в единое действие. Здесь нет посредника для выражения чувств – как краски и холст для художника или музыкальные инструменты для музыкантов – здесь инструментом и создателем является тело человека. Композитор Рихард Вагнер в книге «Произведение искусства будущего» писал: «Самое искусство из всех есть танец. Материалом в нем является живой человек и не в какой-нибудь своей части, а весь в целом, «от пятки до темени». Ни один музыкальный инструмент не сравнится с человеком в смысле богатства выразительных средств, передачи тончайших нюансов и динамических оттенков настроений и чувств. Каждый танцор может выразить своими индивидуальными средствами то, что он ощущает» [15].

Исторические и культурные практики стали фундаментальными предпосылками для формирования современных представлений о терапевтических возможностях движения и создания танцевально-двигательной терапии как научно обоснованного направления.

Большое значение имели исследования по психомоторике В. Вундта [20], В. Дильтея [30], в которых представление о теле формируется как о носителе психологических смыслов, что стало ключевым для будущего направления танцевальной терапии.

Особое влияние оказали идеи психоанализа Вильгельма Райха, который разработал понятие «мышечного панциря» и показывал, что мышечные зажимы отражают эмоциональные блоки. Идеи Райха заложили фундамент для телесно-ориентированных систем терапии [63].

К числу ключевых основоположников танцевально-двигательной терапии относят Мэриан Чейз, которая в 1940-50-х годах применила танец в психиатрической практике. Чейз рассматривала движение как форму

невербальной коммуникации, с помощью которой можно выразить подавленные эмоции, восстановить контакт с телом и создать основу для эмоционального взаимодействия. Ш. Чайклин пишет: «Поскольку мышечная деятельность, выражающая эмоции, является основой танца, и поскольку танец – это средство организации такой деятельности, то танец мог бы стать мощным средством коммуникации для реинтеграции пациентов с психическими нарушениями» [71]. Чейз перерабатывала, совершенствовала и расширяла свои идеи и постепенно создала принципы и методы, которые легли в теоретическую основу танцевальной терапии.

Важный вклад внесла Мэри Уайтхаус, создательница направления аутентичного движения. Ее подход акцентировал внимание на спонтанности, внутренней мотивации движения и телесной осознанности. Благодаря работам М. Уатхаус, танцевально-двигательная терапия стала рассматриваться как средство глубинной психической интеграции [73].

Среди других значимых исследователей отмечают Анну Халприн, сочетавшую танец с арт-терапией; Тересу Шерборн – автора системы двигательной поддержки развития детей; Альберта Лоуэна – основателя биоэнергетического анализа [53].

В России развитие ТДТ связано с работами Н.Ю. Оганесян, Г.А. Волковой, Е.А. Спиркиной, А.И. Копытина, а также Н.А. Бернштейна, изучавшего психофизиологические основы движений.

Так, в работах Н.Ю. Оганесян, акцент делается на том, что двигательная активность ребенка является не только средством физического развития, но и важным каналом выражения чувств, переживаний, неосознаваемых конфликтов, что через специально организованное движение ребенок получает возможность безопасно выражать агрессию, страх, застенчивость, формировать более устойчивый эмоциональный фон и развивать навыки саморегуляции [56].

Г.А. Волкова исследовала возможности использования танцевально-двигательных техник в работе с детьми, имеющими эмоциональные и

поведенческие трудности, как средство мягкой коррекции тревожности, повышенной возбудимости, нарушений общения. В ее подходе особое внимание уделяется построению поддерживающей групповой атмосферы, использованию игровых, импровизационных и ритмических упражнений, обеспечивающих постепенное включение ребенка в коллективное движение. В этом случае ТДТ выступает не только как метод психокоррекции, но и как важный ресурс социализации [18].

Работы Е.А. Спиркиной связаны с осмыслением роли телесности и движения в формировании самоотношения и образа «Я» ребенка. Исследователь отмечает, что через опыт движения ребенок осваивает границы собственного тела, учится воспринимать себя целостной, ценной личностью. Танцевально-двигательные упражнения, по ее мнению, способствуют развитию доверия к себе, снижению внутреннего напряжения, формированию более позитивного эмоционального отношения к собственной внешности и возможностям тела. Это особенно важно в младшем возрасте, когда складываются основы самооценки и межличностного поведения [69].

А.И. Копытин рассматривает танцевально-двигательную терапию как одну из форм арт-терапии. В его трудах подчеркивается значимость интеграции различных видов искусства – музыки, изобразительной деятельности, движения – в целостный терапевтический процесс. Он обращает внимание на то, что танцевальная терапия позволяет работать с психотравматическим опытом, эмоциональными блоками, соматическими симптомами через мягкое телесно-ориентированное воздействие, не требующее вербального анализа на начальных этапах. Такой подход особенно ценен при работе с детьми с РАС и ЗПР, которым сложно прямо говорить о своих переживаниях [44].

Научно-методическую базу для понимания движения как сложной психофизиологической системы заложил Н.А. Бернштейн, исследовавший механизмы моторного контроля и координации. Хотя его работы не

относятся непосредственно к психотерапии, они стали фундаментом для осознания того, что любое движение связано с деятельностью центральной нервной системы, уровнем организации движений, состоянием мышечного тонуса и сенсомоторного опыта. Идеи Бернштейна о построении движений, их вариативности и зависимости от задач и условий среды во многом предопределили научный интерес к тому, как через изменение двигательной активности можно влиять на психическое состояние ребенка, его способность к адаптации и саморегуляции [5].

Заслуживают внимания работы А.Г. Чурашова по танцевально-двигательной терапии. Автор не только обосновывает использование хореографии с целью коррекции и развития физических и психолого-эмоциональных качеств личности, но и дает описание эффективных средств и методик и возможности их практического применения в работе педагога-хореографа [73; 74; 75].

А.Г. Чурашов выделяет основные функции ТДТ (Таблица 3).

Таблица 3 – Функции танцевальной терапии

Функция	Содержание
Психфизиологическая, психологическая, психотерапевтическая	Высвобождение сдерживаемых, подавляемых чувств и эмоций; моторно-ритмическое выражение, разрядка и перераспределение избыточной энергии; активизация организма, уменьшение тревожности, напряжения и агрессии; оздоровление и саморегуляция организма.
Коммуникативная	Познание друг друга, межличностное взаимодействие, формирование и развитие навыков общения.
Социально-психологическая	Создание образа партнера и группы, активизация процессов интерпретации и диагностики отношений.
Социокультурная	Освоение и закрепление социальных ценностей, общественных установок и социальных мотивов

Таким образом, танцевально-двигательная терапия как наука сформировалась на пересечении клинико-психологического подхода, телесно-ориентированной психотерапии и педагогики развития. ТДТ не ограничивается развлекательной и сугубо эстетической функцией танца, а представляет собой целостную систему психолого-педагогического сопровождения ребенка, где движение используется как инструмент

развития личности, профилактики и коррекции эмоционально-волевой, познавательной, поведенческой сфер, восстановления здоровья.

Учитывая возрастные особенности детей дошкольного возраста, танцевально-двигательная терапия выстраивается с опорой на естественную потребность в движении, которое выступает ведущим способом познания мира и собственного тела. Помимо физического развития, техники ТДТ способствуют улучшению координации движений, моторики, самоконтроля. Через двигательную активность ТДТ раскрывает и освобождает внутренний мир ребенка, снимает напряжение, позволяет с помощью движений сказать то, что невозможно сказать в жизни. Танец, объединяя детей с разным уровнем возможностей и способностей, помогает преодолеть социальную отчужденность, формирует навыки социального взаимодействия и взаимопомощи. В такой атмосфере ребенок начинает воспринимать различия как норму и чувствует себя более уверенней, что позитивно влияет на его самоощущение, тем самым создаются условия для социальной реабилитации и адаптации.

Выводы по первой главе.

На основе изучения литературы и других источников мы раскрыли сущность понятия «социальная реабилитация» с позиций разных авторов, обосновали актуальность проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, дали психолого-педагогическую характеристику детей с ОВЗ, а именно с задержкой психического развития и расстройствами аутистического спектра, которые на сегодняшний день (согласно статистическим данным) являются достаточно многочисленной группой среди выборки детей с ОВЗ.

Проведенное теоретическое исследование позволило сделать следующие выводы.

1. Социальная реабилитация представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация мер,

направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья, с целью успешной интеграции в общество. Процесс социальной реабилитации проходит в специально организованных условиях и под руководством специалистов в этой области с использованием различных форм, средств и методов воздействия.

2. Специфика социальной реабилитации детей с ОВЗ заключается в акцентировании внимания не на дефект как таковой, а на выявление и всестороннее развитие задатков и способностей ребенка, обеспечивающих ему чувство уверенности и независимости в будущем.

3. Актуальными сегодня становятся методы арт-терапии, основанные на воздействии на личность различных видов искусства.

4. Одним из действенных методов арт-терапии широкую популярность приобретает реабилитация с помощью танца, где движение используется как инструмент физического развития ребенка, повышения уровня его коммуникативных и познавательных навыков, коррекции поведенческой и эмоционально-волевой сферы, формирования моральных и социальных установок.

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ЛОГОРИТМИКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНЫХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА

2.1 Организация и содержание коррекционно-развивающей работы на занятиях ритмики и танца с детьми старшего дошкольного возраста

В первой главе нашего исследования мы определили (и это теоретически доказано и практически подтверждено), что детям с ОВЗ, независимо от сложности диагноза, при проведении последовательной коррекционно-педагогической работы можно помочь социализироваться, то есть стать полноправными членами общества.

Коррекционные занятия однозначно ставят цель, направленную на улучшение уровня общего развития детей, «исправление в пробелах развития и обучения, в индивидуальной работе по восполнению недостаточно освоенными умениями и навыками, исправления отклонений в изменении сферы познания и речи, поведения и общения» [65]. Коррекционные занятия, как правило, – это целостный подход, воспитания и развития ребенка. Поскольку различные расстройства диагностируются уже в период от 1 года до 5-х лет, то чем скорее начнется всесторонняя помощь детям с ОВЗ, тем лучше это будет для восстановления у них нарушенных способностей и тем эффективнее будет проходить процесс их адаптации и интеграции в социум. Поэтому работа с данной категорией детей должна быть связана, прежде всего, с общим развитием детей, а не с тренировкой отдельных направлений процессов развития психики или способностей.

До недавнего времени процесс реабилитации детей с ОВЗ проходил в основном в специальных учебных заведениях или реабилитационных центрах, школах и детских садах, где создавались коррекционные классы и группы. Однако, выделение «особых» групп приводило к исключению

этих воспитанников из социальной жизни образовательных учреждений и создавало определенные барьеры в общении и взаимодействии.

С 2011 года в Казахстане начала внедряться модель инклюзивного образования, согласно которой все дети, включая детей с особыми потребностями, учатся в одной среде – в одном классе, в одной группе.

Инклюзивную модель обучения и воспитания реализует и ТОО «SABA-16» – детский сад «Арай» (Казахстан, Акмолинская область, г. Атбасар), который явился базой нашего практического исследования.

Дошкольное образовательное учреждение (ДОУ) как социальный институт имеет, на наш взгляд, большой потенциал, во-первых, для социализации особенных детей; а во-вторых, для формирования у здоровых детей толерантного отношения к сверстникам, имеющим различные ограниченные возможности здоровья.

Специфика инклюзивной модели заключается в том, что все режимные моменты в группах проходят совместно. Групповыми являются также физкультурные, музыкальные, дополнительные развивающие по разным направлениям занятия. Это позволяет всем детям иметь общие интересы и темы для общения, не чувствовать изоляции и подготовиться к школьному обучению. Но так как дети с ОВЗ по своему развитию все же отличаются и имеют свои специфические характеристики, то для каждого ребенка совместно с психологом, дефектологом, логопедом, воспитателем и другими специалистами разрабатывается индивидуальная программа по развитию. В течение времени нахождения ребенка в ДОУ отслеживается динамика коррекционно-развивающего процесса, которая отражается в листе контроля развития на основе заключений специалистов учреждения по итогам обучения и воспитания. Структура данного документа включает характеристику динамики развития ребенка по разделам: познавательная и игровая деятельность, развитие речи, обучение грамоте, самообслуживание, музыкально-ритмическое, физическое развитие, эмоционально-волевая сфера, поведенческие навыки и др.

Невозможно четко разграничить те или иные аспекты деятельности, поскольку на каждом занятии и в течение всего времени пребывания ребенка в детском саду все разделы взаимосвязаны, то есть, как правило, основу программы образования и воспитания детей дошкольного возраста составляют принципы комплексности и интегрированности.

Занятия по ритмике и танцу проводятся в каждой группе по 2 раза в неделю по 25-30 минут, где мы не просто учим танцевальным движениям, а с учетом психофизиологических особенностей дошкольников, а также требований к созданию инклюзивной среды (ИС), стараемся реализовать все направления в развитии детей, то есть, по сути, занятия носят преимущественно коррекционно-развивающий характер.

Известно, что дети очень любят танцевать, и дети с ограниченными возможностями здоровья – не исключение. Двигательная активность всегда являлась мощным биологическим стимулятором жизненных функций растущего организма. Ребенок с первых месяцев жизни через движения взаимодействует с окружающим миром, познает его, общается, выражает свое отношение к нему, включается в деятельность, осваивает человеческую моторику, культуру и в результате развивается как личность.

Доказано, что, «если двигательные нагрузки отсутствуют или они незначительны, то объем информации, поступающий из рецепторов мышц, уменьшается, что ухудшает обменные процессы в тканях мозга и приводит к нарушениям его регулирующей функции» [5]. Во время танца:

1) идет расслабление мышц (снятие «мышечного панциря»), происходит выброс гормона радости «эндорфина» в кровь и заброс нейронов в головной мозг, что нормализует нервную деятельность;

2) улучшается обмен веществ, кровообращение; формируются правильное дыхание, правильная осанка, пластика;

3) совершенствуется невербальное общение и контактно-устанавливаемые функции речи;

4) улучшаются коммуникативные качества.

В подтверждение приведем слова В.М. Бехтерева о роли музыки, с помощью которой «можно установить равновесие в деятельность нервной системы ребенка, умерить слишком возбужденные темпераменты и растормозить заторможенных детей, урегулировать неправильные и неточные движения». Данное высказывание можно с уверенностью отнести и к роли танцевального искусства.

Потребность в движениях и сегодня составляет одну из основных физиологических особенностей детского организма. Развивая моторику и координацию, дети становятся более ловкими и быстрыми. В процессе занятий происходит улучшение психомоторных характеристик детей, вовлечение их в действие, снятие телесного и эмоционального напряжения, снижение тревожности, переключение внимания с одного действия на другое. Коллективная работа, совместная деятельность способствуют усвоению групповых норм поведения, выстраиванию взаимоотношений.

В работе с детьми мы придерживаемся принципов:

1. Принцип развития – предполагает развитие личности ребенка, сохраненных функциональных систем и те изменения, которые наступают в организме, двигательной сфере. Принцип развития обуславливает одновременное осуществление в процессе двигательной деятельности умственного, нравственного, эстетического и сенсорного воспитания.

2. Принцип всестороннего воздействия – обуславливает общее влияние на организм. Действуя в качестве неспецифической терапии, ритмические средства повышают общую тренированность организма.

3. Принцип учета симптоматики – определяет физические возможности и состояние детей, степень выраженности ограниченности.

4. Принцип доступности и последовательности – это правило, согласно которому содержание, методы и темп обучения должны соответствовать возрастным физиологическим возможностям детей. В основе: индивидуальный подход, обучение «от простого – к сложному»

(новый материал изучается только после усвоения предыдущего).

5. Принцип комплексности – предполагает связь коррекционной ритмики с другими психолого-медико-педагогическими воздействиями и основными видами музыкальной и физкультурной деятельности.

Общедидактические и специфические принципы связаны между собой и определяют единство задач воспитания, развития и коррекции функциональных систем детей с нарушениями в развитии (Таблица 4).

Таблица 4 – Задачи коррекционно-развивающих занятий по ритмике и танцу с детьми старшего дошкольного возраста в условиях ДОУ

Задача	Содержание
1. Развитие и коррекция основных видов движений, серии движений, музыкально-ритмических движений.	- нормализация мышечного тонуса, тренировка отдельных групп мышц и развитие основных видов движений; - выработка правильности осанки, чувства равновесия; - развитие точности, координации, плавности, переключения движений; - преодоление двигательного автоматизма движений; - формирование восприятия ритмического рисунка; - согласование движений с музыкальным темпом и ритмом, ритмичности движений под музыку; - изменение характера движений в соответствии с изменением контрастов звучания (громко-тихо, быстро-медленно, высоко-низко); - согласование движений с пением.
2. Развитие и коррекция психических функций, совершенствование психомоторики.	- развитие быстроты и точности реакции на звуковые или вербальные сигналы; - развитие различных качеств внимания (устойчивости, переключения, распределения); - развитие всех видов памяти (зрительной, моторной, слуховой); - развитие словесной регуляции действий на основе согласования слова и движений (слово управляет движением)
3. Развитие способности ориентироваться в пространстве.	- ориентировка в собственном теле, пространственной организации движений; - оптико-пространственной ориентировки в пространстве зала через движение; - пространственных представлений: понимание вербальных инструкций, отражающих пространственные отношения и выполнение действий на основе вербальной инструкции; - способности к словесному выражению пространственных отношений (движений влево, вправо, назад, вперед, руки вверх-вниз и т.д.).
4. Развитие эмоционально-волевой сферы и личностных качеств.	- формирование способности к пониманию различных эмоциональных состояний на основе восприятия невербальных стимулов (мимика, пластика и т.д.); - развитие способности к созданию выразительного образа; - развитие произвольности при выполнении движений и действий; - развитие умения выполнять совместные действия, развитие коммуникативных навыков, взаимодействия, эмпатии.

Каждый ребенок индивидуален и каждый по-своему реагирует на предлагаемые обстоятельства. Кто-то сразу вливается в коллектив детей, начинает общаться, играть. А есть такие, кому очень сложно привыкнуть к новой обстановке. В решении данных задач большую роль играет профессиональная компетентность педагога. В процессе занятий педагогу-хореографу необходимо найти подход к каждому ребенку в зависимости от его индивидуальных особенностей и специфики заболевания. С одной стороны, нужно создать для ребенка развивающую среду, а с другой – помочь ему научиться адекватно вести себя в ней, несмотря на постоянное изменение ситуации. И здесь все имеет значение: интонация, взгляд, настроение и даже внешний вид педагога.

Немаловажное значение имеют наблюдательность – способность по внешним признакам понять переживания ребенка; оптимизм – подход к ребенку с верой в его потенциальные возможности, резервы его личности, в успех своего дела; педагогическая интуиция и импровизация – нахождение неожиданного решения и его мгновенное воплощение без развернутого осознанного анализа; эмпатия (от греч. *empathēia* – сопереживание) – способность постигать эмоциональные состояния других людей, сочувствовать им, разделять их переживания.

Важно создать атмосферу тепла и благожелательности в группе. Каждый ребенок должен почувствовать, что его любят, в него верят, его понимают. Тогда постепенно исчезают его волнения и страхи, он легче идет на контакт (особенно это важно для детей с РАС), становится намного общительней и активнее, с интересом участвует в игровой деятельности. В целом, решается проблема максимального отвлечения от болезни [19]. В результате адаптация и реабилитация проходят намного легче.

Помимо владения специальными знаниями в области танца, педагогу-хореографу, работающему с детьми с ОВЗ, необходимы умения и навыки, обеспечивающие результативность коррекционно-развивающего процесса, которые мы объединили в пять основных групп (Таблица 5):

Таблица 5 – Компоненты профессиональной компетентности педагога-хореографа в работе с детьми с ОВЗ

Компетенция	Содержание
Проектировочная	- умение увидеть в отношениях с ребенком проблему и оформить ее в виде социально-реабилитационной задачи, при этом ориентироваться на ребенка как активного развивающего соучастника социально-реабилитационного процесса; - умение конкретизировать задачи в поэтапные и оперативные; принимать оптимальные решения в условиях неопределенности, гибко перестраивать цели и задачи с учетом изменяющихся условий и ситуаций; - умение предвидеть близкие и далекие последствия принимаемых социально-реабилитационных воздействий.
Предметно-методическая	- «чему учить»: умение работать с содержанием программы и каждого занятия, осведомленность в новых концепциях, выделять в них ключевые идеи и использовать на практике, осуществлять связи с другими специалистами; - «кого учить»: умение изучать реальные возможности развития для каждого конкретного ребенка, выявлять наличный уровень и зону ближайшего развития, предвидеть возможные затруднения; - проектировать и формировать у детей отсутствующие уровни деятельности и личностные качества; - «как учить»: умение отбирать и применять различные методические приемы и технологии в работе с ребенком; учитывать затраты сил детей и своих собственных при решении конкретной задачи; применять дифференцированный и индивидуальный подходы; умение организовывать самостоятельную работу детей.
Психолого-педагогическая (валеологическая)	- знание диагноза ребенка, закономерностей его психического и личностного развития с учетом возрастных, индивидуальных различий и патологических изменений; - умение адекватно оценивать и эмоционально откликаться на состояние детей, их настроение и поведение; - знание психологии взаимоотношений и взаимодействий ребенка в группе сверстников; - умение выбирать формы социально-психологического и педагогического воздействия, отвечающие индивидуальным особенностям и потенциальным возможностям детей; - обладание педагогическим тактом, следование требованиям педагогической этики по отношению к ребенку с ОВЗ.
Управленческо-оценочная	- умение управлять группой и организация вовлеченности детей на протяжении всего занятия; - способность объективно оценивать знания воспитанников; - умение разрабатывать критерии оценивания и проводить мониторинг прогресса каждого ребенка.
Рефлексия и личностное развитие	- умение анализировать и обобщать свой опыт: фиксировать, регистрировать процесс и результаты своего труда; соотносить возникающие трудности детей с недочетами в своей работе; видеть слабые и сильные стороны своего труда; - оценивать свой индивидуальный стиль, строить планы совершенствования своей деятельности.

Названные компоненты являются не только предпосылками профессиональной компетентности, но и наработками, которые совершенствуются в ходе практической деятельности педагога-хореографа. Показателем профессиональной компетентности являются зримые сдвиги в психическом и личностном развитии ребенка.

Включение техник танцевально-двигательной терапии на занятиях позволяет реализовать данную целевую установку. Одним из эффективных, многофункциональных и эмоционально привлекательных средств ТДТ в коррекции обозначенных выше расстройств является логоритмика.

2.2 Логоритмика как раздел танцевально-двигательной терапии: структура построения и методическое обеспечение занятий

Логоритмика, как часть программы танцевально-двигательной терапии, является эмоционально яркой, доступной и эффективной для дошкольников, и в то же время выполняет программные требования по музыкальному, эстетическому и физическому воспитанию детей.

Логоритмика (от др.-греч. λόγος – «речь» и лат. *rhythmus* – «ритм») – это комплексная методика коррекционной педагогики, сочетающая средства логопедического, музыкально-ритмического и физического воспитания. Логоритмика представляет собой форму танцевальной терапии и включает систему двигательных упражнений, выполняемых в комплексе с музыкой и речевой активностью [18].

Впервые специализированная система занятий по данному направлению была предложена в 1932 году В.А. Гиляровским с целью коррекции заикания у детей [3]. В дальнейшем логоритмические занятия стали включаться в воспитательно-образовательный процесс детских садов для профилактики и коррекции речевых нарушений в различных формах.

Суть методики заключалась в обосновании тезиса, согласно которому преодолеть речевые нарушения у ребенка можно, развивая не только его

речевой и слуховой аппараты, но и двигательную активность в сочетании с музыкальностью. По мнению многих психологов и педагогов (А.А. Леонтьев и Д. Леонтьев, А. Лурия, Т. Флоренская и др.), любые ритмические движения активизируют деятельность мозга человека, благодаря формированию ускоренного обмена информацией между левым и правым полушариями, что обеспечивает более эффективную компенсацию имеющихся у детей речевых нарушений. О связи движений и психики писал И.М. Сеченов: «Все бесконечное разнообразие внешнего проявления мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению – мышечному движению» [8, с. 71]. Появился научный термин «психомоторика», указывающий на эту связь. Поэтому с самого раннего детства рекомендуется заниматься развитием чувства ритма в доступной для детей форме – ритмических упражнениях и играх. Использование интереса ребенка к ритму и мелодии способно помочь «растормозить» его речь, развить подражание, вызвать двигательную и речевую активность [26].

Логоритмика традиционно используется в условиях группы детей с одинаковыми речевыми патологиями или сходным уровнем речевого развития. Однако, в условиях инклюзивного образования в группах детского сада «Арай» обучаются дети с различными диагнозами.

Наша опытно-поисковая работа проводилась с воспитанниками средней группы (девочки и мальчики в возрасте 5-6 лет) и старшей группы (девочки и мальчики в возрасте 6-7 лет) по 15 человек в каждой. Общая выборка детей составила 30 человек. Данные группы являются комбинированными – в каждой группе есть нормально развивающиеся дети и дети с различными отклонениями в развитии (Таблица 6).

Таблица 6 – Состав воспитанников средней и старшей групп д/с «Арай»

Группа	Общее кол-во детей	Здоровые дети	Дети с РАС	Дети с ЗПР	Дети с ЗППР
Средняя	15	10	-	1	4
Старшая	15	10	1	1	3
Итого	30	20	1	2	7
			Общее кол-во детей с ОВЗ - 10		

Мы видим, что нарушения психо-речевой сферы встречаются у детей дошкольного возраста чаще. Это дети с различной природой дефекта и неоднородностью нарушений компонентов речевой системы (лексико-грамматического строя, фонематического слуха, связной речи), поздним началом речевого развития, логоневрозом (заикание), низкой речевой активностью. Два ребенка могут иметь одинаковый диагноз, но внешние проявления нарушений у них будут разные.

Исходя из психолого-педагогической характеристики детей с ОВЗ, приведенной в первой главе, мы вывели особенности, которые являются общими у детей дошкольного возраста с РАС, ЗПР и ЗППР:

- нарушение речи;
- низкая концентрация и неустойчивость внимания, рассеянность;
- нарушения в двигательной сфере: замедленное формирование пространственно-временных представлений, недостаточная координация движений, недоразвитие мелкой моторики;
- эмоциональная нестабильность, частная смена настроения от повышенной возбудимости и агрессии до вялости и апатии;
- сложности коммуникации, неготовность к общению, замкнутость.

Все это говорит об эмоционально-волевой, познавательной и поведенческой незрелости, которая мешает успешной социализации ребенка как в коллектив сверстников, так и в общество в целом.

Стоит отметить, что отдельные, пусть незначительные, нарушения мы видим и у нормально развивающихся детей. В связи с этим наши занятия имеют общецелевую направленность, где основной акцент мы делаем на коррекцию эмоционального состояния и различных поведенческих расстройств через развитие двигательной сферы.

Развитие дошкольника идет от движения – к слову, поэтому логоритмика была выбрана неслучайно. Она помогает преодолевать не только речевые нарушения, но и развивать двигательные навыки, координацию, чувство ритма, умение общаться и ориентироваться в

окружающем мире, понимать смысл предлагаемых заданий, преодолевать трудности, творчески проявлять себя. Как часть логопедической работы логоритмика помогает пополнить пассивный и активный словарь, содействует умственному, физическому, эстетическому воспитанию детей. Логоритмика оказывает влияние на здоровье ребенка: повышает общий тонус и настроение, способствует тренировке подвижности нервных центров ЦНС и активизации коры головного мозга. благоприятно влияет на различные отклонения в психофизической сфере [3; 10; 18; 24].

Логоритмические занятия планируются согласно лексическим темам, которые разрабатывают специалисты (дефектолог, учитель-логопед, музыкальный руководитель, хореограф) и воспитатели комбинированной группы в начале учебного года. Становление речи и исправление речевых нарушений проходят в основном в индивидуальном порядке с каждым ребенком. Групповые занятия дополняют и закрепляют навыки.

Особенности развития детей с ОВЗ не препятствуют освоению ими общеобразовательных программ, поэтому свои занятия мы выстраиваем по традиционной структуре, но с корректировкой содержания, исходя из специфики инклюзивного обучения.

Задачи логоритмических занятий [24; 47]:

- обучение ощущению своего тела; избавление от мышечных зажимов, снижение психоэмоционального напряжения;
- развитие чувства ритма, способность ощущать в музыке и движениях речеритмическую выразительность;
- коррекция речевых расстройств: «разговорить» неговорящих детей, скорректировать звуки, исправить произношение;
- развитие внимания, памяти, творческого мышления;
- формирование двигательных навыков и умений; развитие общей и мелкой моторики, координации движений;
- раскрытие и раскрепощение чувств через движение, развитие пространственных представлений;

– коррекция нарушений социального поведения, формирование коммуникативных навыков.

Таким образом, задачи логоритмических занятий направлены на всестороннее развитие ребенка.

Занятия строятся на чередовании базовых блоков: артикуляционная и мимическая гимнастика, дыхательные упражнения, упражнения на развитие мелкой и крупной моторики, речевые и музыкально-ритмические игры, танцы, творческие задания, двигательные импровизации (Таблица 7).

Таблица 7 – Примерная схема занятия по логоритмике

Виды работы	Цели
Ритмическая разминка	Установить эмоциональный контакт с детьми. Ходьба (простая, с хлопками), бег, несложные перестроения, движения корпусом в различном темпе.
Упражнения на развитие внимания и памяти	Развивать зрительную, слуховую, двигательную память. Выбатывать быструю и точную реакцию на слуховой и зрительный раздражитель.
Упражнения на координацию движений с речью	Содействовать тренировке дифференцированных и точных движений с речью, ориентировке в пространстве. Формировать чувство ритма.
Пальчиковая гимнастика	Развитие мелкой моторики. Общеразвивающие игры и упражнения в двигательных и образных действиях, со стихами и речитативами.
Артикуляционная и мимическая гимнастика	Укрепление мышц артикуляционного аппарата. Отрабатывать упражнения, необходимые для правильного произнесения звуков, умение объединять простые движения в сложные. Следить за точностью, объемом и полнотой выполнения упражнений.
Игровой самомассаж	Знакомство со своим телом, обучение ощущению своего тела. Поглаживание и растирание отдельных частей тела в образно-игровой форме.
Дыхательные и голосовые упражнения	Развивать певческие способности. Отрабатывать диафрагмальный тип дыхания, продолжительный речевой выдох. Дыхательные упражнения в имитационных и образных движениях.
Игры (словесные, музыкально-ритмические, танцевальные, творческая импровизация)	Активизировать словарь и грамматический строй речи. Автоматизировать поставленные звуки. Развитие двигательной активности, формирование творческих навыков, передачу настроения через музыку и движение.
Релаксационные упражнения	Сосредоточить внимание на физических ощущениях в состоянии расслабления, установление психоэмоционального и физического баланса.

Речевая нагрузка на воспитанников в ходе занятия распределяется равномерно. Это достигается путем чередования различных видов

деятельности, что позволяет удерживать детей на протяжении всего занятия. Постоянная смена, новизна заданий увеличивает интерес и концентрацию внимания, снижает утомляемость воспитанников, способствует быстрому усвоению материала.

Речевой материал доступен в лексическом отношении, включает стихи современных детских поэтов и малые формы фольклора разных народов: потешки, поговорки, прибаутки. Опора на народное творчество и знакомство с народными традициями помогают ненавязчиво формировать национальное самосознание и гражданскую идентичность ребенка.

При разработке календарно-тематических планов также учитывался традиционный принцип построения годового круга праздников и сезонных изменений в природе. Пример тематического плана в Приложении 1.

Исходя из специфики дошкольного возраста, на своих занятиях логоритмики мы используем игровые методы и приемы.

В психологии игра рассматривается как ведущая деятельность в дошкольном возрасте. «Психологический словарь» определяет игру как деятельность, «в связи с которой происходят главнейшие изменения в психике ребенка и внутри которой развиваются психические процессы, подготовляющие переход ребенка к новой ступени его развития» [8]. По мнению Л.С. Выготского, «...игра является источником развития личности ребенка, и именно игра создает зону ближайшего развития ребенка, по существу через игровую деятельность и движется ребенок» [21].

Обучение ребенка в игровой форме – традиционно утвердившийся способ, подтвердивший свою эффективность на практике. Игра способствует поддержанию интереса к занятиям, облегчает процесс запоминания и освоения детьми упражнений, повышает эмоциональный фон урока. В игре у детей происходит взаимодействие со сверстниками, закрепляются навыки общения, развивается познавательная деятельность, мышление, воображение, творческие способности, улучшается настроение. В целом, во время игры происходит коррекция и развитие ребенка [74].

В структуру занятий логоритмики мы включаем разделы:

«Игроритмика» – используются общеразвивающие строевые упражнения для развития чувства ритма, темпа, метра; дыхательные упражнения и упражнения на постановку и закрепление осанки.

«Игропластика» – используются традиционные и нетрадиционные упражнения, направленные на развитие мышечной силы и гибкости детей.

«Музыкально-подвижные игры» – применяются приемы имитации, подражания, образные сравнения, ролевые ситуации, соревнования.

«Игры-путешествия», «игры-превращения» – включают все виды подвижной деятельности и направлены на закрепление умений и навыков.

«Креативная логоритмика», «творческая импровизация» – применение нестандартных упражнений, направленных на развитие раскрепощенности, творческой инициативы детей, их познавательной активности, мышления и самовыражения.

«Танцевальная деятельность» – танцевальные упражнения, этюды, постановочные композиции, формирующие танцевально-двигательную культуру детей; мотивируют к обучению.

Целевая направленность на занятиях по логоритмике.

1. Коррекция эмоциональной сферы.

Все эмоции имеют физическое выражение. Во время занятий дети открывают пути выражения эмоций вовне, а не затаивают их внутри себя. Недостатки в эмоционально-психическом развитии исправляем с помощью пантомимических упражнений («Злюка», «Упрямец», «Ворчун», «Плакса», «Хохотушка» и др.), предлагаем угадать эмоцию через имитацию движений, мимики, или, наоборот, загадать эмоцию взрослому.

Также для развития понимания эмоционального состояния других людей и проявления различных эмоций используем игровые упражнения, которые способствуют развитию мимики со звукоподражаниями на материале неречевых и речевых звуков. Например, плачь ребенка со звуками «УА», удивление со звуком «О» и движением рук.

Такие приемы помогают индивидуализировать коррекционно-развивающий процесс за счет выбора уровня сложности заданий, отвечающих особенностям развития детей данной категории

2. Мышечные зажимы убираем посредством танцевальных игр-превращений на определенную тематику. Например, посмотрев разные иллюстрации или видео, детям предлагаем изобразить медвежью походку, или как двигается утка, как скачет обезьяна с ветки на ветку, как потягивается кошка, как летает птица и т.д. Используя музыкальные фрагменты, предлагаем детям придумать и показать образ («Морские обитатели», «Домашние животные», «Цветы», «Насекомые» и др.). Здесь каждый показывает свою пластику, свои чувства, эмоции, творческие возможности, что довольно трудно. Интересным для детей были задания с использованием музыкального видео «Танец маленьких утят», где надо было повторить простые движения из танца. Дети многократно повторяли музыкальный материал, стараясь изобразить движения птичек.

3. Коррекция поведенческой сферы (взаимодействия в группе), формирование коммуникативных навыков.

Для некоторых детей с ограниченными возможностями здоровья непосредственные отношения с другими могут быть болезненными или пугающими переживаниями. Для развития взаимодействия в группе широко применяем такие методы, как кинестетическая эмпатия, трансформация движения в коммуникацию, работа с реквизитом.

Техника трансформации движения в коммуникацию полезна для установления первичного контакта, она дает информацию о том, как чувствует себя другой человек. Данная техника работает с движениями, которые являются дисфункциональными по своей природе (например, повторяющимися), но их можно использовать как базис, на котором ребенка с ОВЗ вовлекаем во взаимодействие. Например, шевеление пальцами около глаз, характерное для аутичных детей, трансформируем в приветствие. Или, если ребенок начинает раскачиваться, то обняв его, мы

раскачиваемся вместе с ним в такт, словно на качелях или представляя, как раскачиваются деревья на ветру, или как качается на волнах лодка.

С целью соединения участников группы мы используем различные предметы. В коррекции детей-аутистов или замкнутых и стеснительных детей, атрибуты на начальном этапе занятий помогают установлению контакта детей с педагогом и друг с другом. Например, держась в хороводе за платочки или передавая какой-то предмет под музыку, ребята могут ощутить себя частью группы, даже если испытывают недостаток в социальной связанности. В плане коррекции эмоциональных всплесков в поведении мы используем движения с лентами под быструю, резкую музыку для выброса накопившихся эмоций, а затем с теми же лентами пробуем импровизировать под медленную и спокойную музыку.

Предметы могут способствовать прямому выражению чувств, когда действительные чувства слишком пугают. Например, ткань (даже прозрачная) способна ограничить особое, безраздельно принадлежащее ребенку пространство, в котором он может лежать, сидеть, стоять и которым может защититься. С тканью можно фантазировать и танцевать, передавать свои фантазии в движении («волны», «листопад», «снежинки», «бабочки», «ветер» и др). Используя ткань разных цветов, можно зрительнее усилить как восприятие, так и воздействие, исходя из метода цветотерапии. Так, с помощью голубой ткани изобразить воду, желтой – солнце, белой – облака, и т.д. Работа с реквизитом вызывает и стимулирует естественную телесную реакцию и помогают легче, выразительнее передать заданный образ, что дает больший лечебный эффект.

Примеры музыкально-ритмических игр приведены в Приложении 2.

Усиливает образные ассоциации использование ритмизированных текстов. При этом, мы исходим из принципов простоты и доступности сюжета для детского восприятия – движения не должны быть сложными, а стишок или песенка должны обязательно нравиться ребенку. В подборе словесно-музыкального материала мы широко используем видеосборник

логопедических песенок Екатерины и Сергея Железновых [60]. Известные российские музыканты-педагоги создали уникальную развивающую логоритмическую методику для дошкольников, объединив богатый преподавательский опыт и тонкое понимание детской психологии в цикл аудиозанятий. Примеры логоритмических упражнений в Приложении 3.

Для уточнения смыслового содержания текстов мы показываем действия, используя картинки или игрушки. Когда игра сопровождается показом сюжетной картинки или игрушки, то тогда текст песенки или стиха связывается у ребенка с определенным образом – предметом или изображением. Например, увидев гармошку, принимается играть на ней и напевать песенку про Антошку, а заметив картинку с изображением гусей, начинает напевать песенку про веселых гусей и т.д.

Кроме целенаправленного воздействия на эмоциональную и поведенческую сферу, подобные задания раскрывают у детей творческий потенциал, развивают фантазию, воображение, наблюдательность. Ребенок, используя уже знакомые, либо новые, придуманные им самим движения, может передать образ, соответствующий характеру музыки или текста.

В работе с детьми мы стараемся применять такие методы и приемы, в которых учтен весь комплекс соматических, интеллектуальных и физических проблем. Этим критериям отвечает методика работы с фитболами – специальной гимнастики на надувных эластичных мячах. Для детей 4-5 лет мы используем мячи диаметром 45 см, для детей 6-7 – 55 см. Данная методика позволяет расширить возможности лечебного и оздоравливающего воздействия на организм ребенка.

Нарушение осанки (до 65% у детей дошкольного возраста согласно статистическим данным) сегодня является наиболее распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата у детей с ОВЗ. В ходе выполнения упражнений на мячах происходит наиболее гармоничная работа мышечных групп, улучшается крово- и лимфообращение в области позвоночника, что способствует формированию правильной осанки.

Криво сидеть на фитболе невозможно – нарушается равновесие и теряется баланс. Поддержание равновесия координирует работу мышц спины и брюшного пресса, решая задачу укрепления мышечного корсета.

Чтобы научить малышей правильно и безопасно сидеть и подпрыгивать на мяче мы использовали игровые приемы. Например: расставив мячи по залу в малые плоские обручи, говорим ребятам, что они сегодня белочки, которые живут в лесу (дети произвольно ходят, подпрыгивают по залу). Вот устали «белочки» и сели по веточкам (мячи). Поясняем, как правильно сидеть, чтобы не упасть.

После того, как дети научатся сохранять равновесие и правильную посадку на мяче, добавляем движения рук, ног, корпуса, усложняя движения с имитацией.

«Зайка»: сидя на мяче, руки перед собой (лапки), подскоки.

«Мишка»: сидя на мяче, наклоны в стороны, руки на мяче.

«Лошадка»: сидя на мяче, держа руки перед собой (поводья).

«Петушок»: сидя на мяче, выполнять махи руками.

В процессе обучения мы обыграли с детьми практически всех домашних и диких животных, знакомых детям в этом возрасте, многие неодушевленные предметы и игрушки. Педагог при необходимости осуществляет страховку и тактильную помощь, что повышает безопасность и гарантирует качество исполнения упражнений.

Уникальное сочетание ритмических движений на фитболах с музыкой, речевыми, пальчиковыми, подвижными играми, дыхательными и оздоровительными упражнениями способствует формированию у детей жизненно важных двигательных навыков, развивает гибкость, прыгучесть и аэробную выносливость, а также развивает речь и ритмическое чувство. Яркая игровая окраска и разнообразие упражнений делают этот вид двигательной активности очень привлекательным для детей, вызывая эмоциональный подъем, чувство радости и удовольствия, что нормализует работу нервной системы и стимулирует нервно-психическое развитие [42].

Необходимым условием для успешной работы с детьми, причем не только с ОВЗ, является создание на занятиях ситуаций успеха, применение методов одобрения, поощрения и др. Для большинства детей болезненна критичная оценка, поэтому в течение учебного процесса, и особенно при подведении итогов, очень важно поощрять малейшие успехи детей, оказывать необходимую помощь в преодолении индивидуальных трудностей, терпеливо относиться к каждому ребенку, проявляя доброе отношение. Исключаются резкий или повышенный тон, привлечение внимания других детей к особенному ребенку в случае его промахов.

Движения и танцы на занятии не являются самоцелью, а направлены на раскрытие души ребенка, помогают ему чувствовать, понимать и принимать окружающий мир, не бояться его. Танцевальная терапия с ее задачами как раз и заключается в том, чтобы ребенок мог вытанцевать свое настроение, что способствует исправлению физических и, соответственно, психологических недостатков. Многие упражнения и задания направлены на то, чтобы сохранять определенное состояние в меняющихся условиях, и этот навык в дальнейшем достаточно легко переносится на жизненные ситуации, что обеспечивает успешную социализацию ребенка.

2.3 Диагностика комплексного развития детей с ОВЗ средствами танцевальной терапии (результаты опытно-поисковой работы)

В рамках практического исследования в течение учебного года (с августа 2025 по июнь 2026) была проведена опытно-поисковая работа на занятиях по логоритмике с детьми детского сада «Арай».

Нам необходимо было проверить наше предположение о том, что включение танцевально-двигательных техник на занятиях может способствовать коррекции моторной и коммуникативной функций, эмоционального состояния и различных поведенческих нарушений у детей с ОВЗ (в частности, с РАС и ЗППР), что позволит таким детям включиться в общий образовательный поток и социализироваться среди сверстников.

В исследовании приняли участие 30 воспитанников средней и старшей групп детского сада (возраст 5-7 лет). Группы комбинированные: по 15 человек в каждой группе, из них 10 – нормально развивающиеся дети, и 5 – с ограниченными возможностями: РАС, ЗПР, ЗППР. Количественный и качественный анализ приведен в предыдущем параграфе в Таблице 6.

Исследование осуществлялась в соответствии с обуславливающими специфику образовательного процесса принципами объективности, комплексности, компетентности, этичности, законности. Участие в исследовании носило исключительно добровольный характер и отвечало требованиям и положениям Конвенции о правах ребенка, Конституции РК, Законов «Об образовании», «О статусе педагога», «О деятельности дошкольных организаций» и других нормативно-правовых актов, а также установкам руководства ДООУ. Перед началом работы от всех законных представителей детей (родителей, опекунов), а также от педагогического состава были получены согласия на обработку персональных данных и участие в практическом исследовании.

Основные акценты в работе были сделаны на развитие двигательной активности, эмоциональной сферы и коммуникативных навыков.

Основные направления и критерии оценивания:

1. Физическое развитие, сформированность моторных навыков, повышение уровня двигательной активности.
2. Коррекция эмоционально-волевой сферы: снятие тревожности, эмоциональное благополучие, повышение самооценки и уверенности, эмоциональная саморегуляция.
3. Социальная интеграция: преодоление чувства изоляции, развитие командной работы и взаимопомощи.

Методы исследования: наблюдение, педагогический мониторинг.

Под наблюдением понимают «восприятие и познание уникальной картины развития ребенка, проявлений индивидуальных черт и характеристик, отражающих жизнь воспитанника» [62].

Метод включенного наблюдения (когда педагог взаимодействует с теми, за кем наблюдает) позволяет охватить исследованием достаточное большое количество воспитанников, «увидеть» ребенка в его естественной среде – на занятиях, в группе, на мероприятиях и т.д.). В процессе наблюдения выявляются возможные проблемы в психологическом, физическом или социальном развитии ребенка для своевременной разработки или корректировки образовательной программы [29; 37].

Педагогический мониторинг позволяет определить продвижение детей в освоении программного материала, оценить сформированность умений и навыков в различных сферах деятельности [62]. Одновременно педагог оценивает и эффективность своей профессиональной деятельности.

Работа проводилась в три этапа: констатирующий (сентябрь – входной контроль); формирующий (октябрь-май) и итоговый (июнь).

I. Констатирующий этап.

Для определения уровня двигательной активности детей мы использовали тестовые задания и критерии оценивания их выполнения, аналогичные тестам из «Мотоскопии» Озерцкого и Гуревич [26], и методики Н.Ю. Оганесян «Телесный анализ движений» [56]. Выбирались движения с разными «ведущими» уровнями, активно развивающимися именно в старшем дошкольном возрасте. Так, определились задачи на уровень мышечно-суставных связей при статичном положении, динамическую координацию при перемещении в пространстве, на устойчивость, зрительный контроль, а также на внимание и точность.

Детям в каждой группе предлагалось по 3 задания (на крупную моторику) – аналогичных по названиям и видам движений, но различных по сложности: «Прыжки на одной ноге», «Послушный мяч» и «Ласточка».

Показатели для определения уровней выполнения движений:

а) качество выполнения движений (точность выполнения движений, соразмерность, высота прыжка, мягкость приземления, ритмичность, устойчивость в неподвижном положении, концентрация внимания);

б) количественная норма (по числу повторений движения или времени сохранения неподвижной позы).

Оценка – по трем уровням:

- высокий – задание выполнено полностью, точно, качественно, ритмично, с выполнением или перевыполнением количественной «нормы»;
- средний – выполняется структура движения, но недостаточно качественно: неловко, с нарушением равномерного ритма повторений;
- низкий – допускаются грубые ошибки, нарушающие структуру движения, невыполнение минимальной «нормы»

Оценка включает три градации: навык «не сформирован», «в процессе формирования» и «сформирован» (Таблицы 8, 9).

Таблица 8 – Задания для выявления уровней развития движений у детей средней группы (5-6 лет)

Название упражнения		«Прыжки на одной ноге»	«Послушный мяч»	«Ласточка»
Последовательность движений и количественная норма		Прыгать на одной ноге на месте не менее 5 раз подряд	Двумя руками подбросить мяч вверх, дать ему упасть, отскочить от пола, затем поймать его двумя руками. Серия из 3-5 повторений	Поднять руки в стороны, отвести назад одну ногу, выпрямив колено, и постоять неподвижно до 10 секунд
Оценка	Высокий уровень (3 балла)	5 и более прыжков подряд - легко, пружинно, с мягким приземлением, в равномерном ритме, с одинаковой высотой подпрыгивания	3-5 и более повторов, без остановок. Подбрасывает мяч вверх точно, после отскока ловит его, удерживая ладонями,	Устойчиво стоит 10 секунд и более на удобной ноге, не качаясь и не опуская другую, не сгибая ее в колене
	Средний уровень (2 балла)	Не менее 5 прыжков подряд - тяжело, замедленно, высота прыжков неравномерная	3-5 повторов, но мяч бросает высоко или далеко за голову, смещается с исходной точки, ловит мяч, прижимая к корпусу	Стоит 4-8 секунд; может покачиваться для сохранения равновесия, но не опускает ногу
	Низкий уровень (1 балл)	Не выполняет норму: подряд 5 прыжков; теряет равновесие; может чередовать прыжки то на одной, то на другой ноге, перепрыгивает с ноги на ногу	Не выполняет инструкцию: либо сразу отбивает мяч об пол, или подбрасывает мяч вверх, но после отскока мяча не может поймать его	Стоит 1-3 сек или не может удержать позу (сгибает отведенную назад ногу; опускает ее, чтобы опереться на нее и не упасть)

Таблица 9 – Задания для выявления уровней развития движений у детей старшей группы (6-7 лет)

Название упражнения		«Прыжки на одной ноге»	«Послушный мяч»	«Ласточка»
Старшая группа (дети 6-7 лет)				
Материал / размещение в пространстве		Шнур (длина - 3 м) - на полу, вытянут по прямой / Встать сбоку от одного конца шнура	Мяч резиновый (диаметр - 25 см) / Выйти на свободное место	Гимнастическая скамья (высота - 25 см; ширина - 25 см) / Встать на середину скамьи (лицом к одному из ее концов)
Последовательность движений и количественная норма		Перепрыгивать шнур на одной ноге то слева, то справа, продвигаясь вперед (вдоль шнура до конца)	1 попытка: невысоко подбросить мяч перед собой, повернуться вокруг себя и после отскока мяча от пола поймать его двумя руками	Руки в стороны, отвести одну ногу назад и постоять неподвижно 10-15 сек.
Оценка	Высокий уровень (3 балла)	Перепрыгивает шнур на одной ноге, продвигаясь вперед; движения четкие, слаженные, ритмичные	Уверенно подбрасывает мяч вверх, точно перед собой, поворачивается вокруг себя и после отскока мяча от пола ловит его, не прижимая к корпусу, удерживая ладонями	Устойчиво стоит 15 сек и более на удобной ноге, не качаясь и не опуская другую, не сходя с места
	Средний уровень (2 балла)	Подпрыгивает несколько раз на одной ноге, прежде чем перепрыгнуть шнур (нарушает равномерный ритм прыжков)	Подбрасывает мяч слишком высоко или далеко за голову, при повороте смещается с исходной точки, после отскока мяча ловит его (ладонями или прижимая к корпусу)	Стоит от 10-14 сек.; может покачиваться для сохранения равновесия, но не опускает ногу
	Низкий уровень (1 балл)	Перескакивает с ноги на ногу или не продвигается вдоль шнура; либо меняет ноги в ходе выполнения задания	Не подбрасывает мяч, а бросает об пол, пропускает поворот вокруг себя. После отскока мяча от пола не может поймать его	Стоит очень короткое время (1-3 сек) или сгибает отведенную назад ногу; либо опускает ее и опирается на нее, чтобы не упасть

При выполнении заданий, с учетом неоднородности групп, мы применяли как индивидуальную форму, так и групповую. Кроме этого, для чистоты показаний, задания давались отдельно детям с ОВЗ на проводимых с ними индивидуальных занятиях. Показатели сравнивались и выводился общий балл.

Общегрупповые результаты по трем тестам для детей 5-6 и 6-7 лет отражены на рисунке (рис. 1, 2).

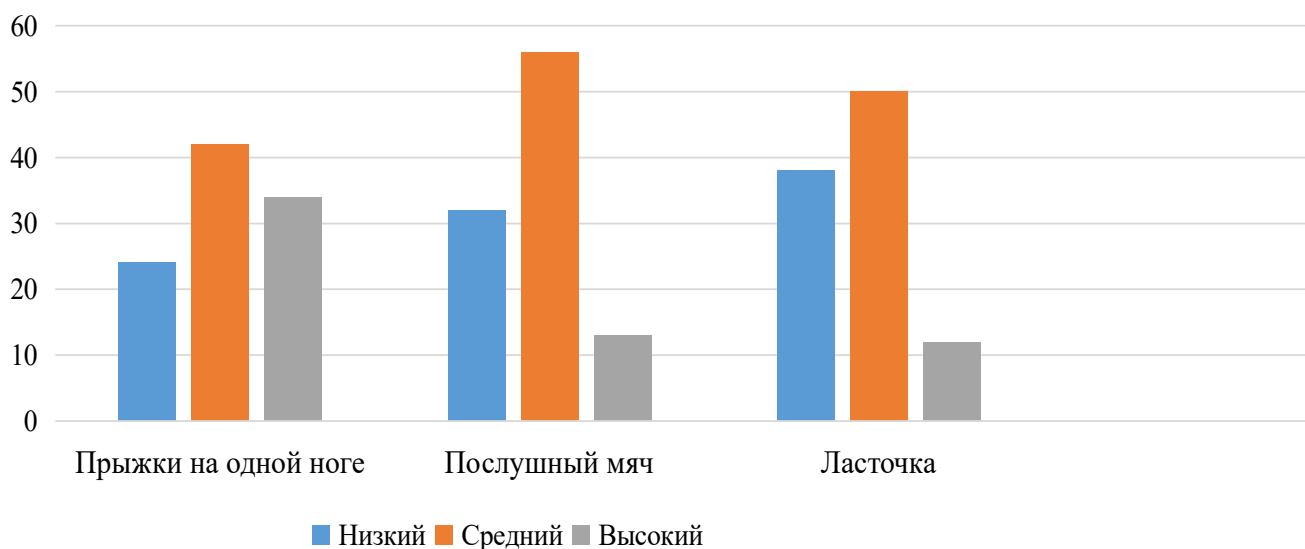


Рисунок 1 – Результаты двигательных навыков детей средней группы

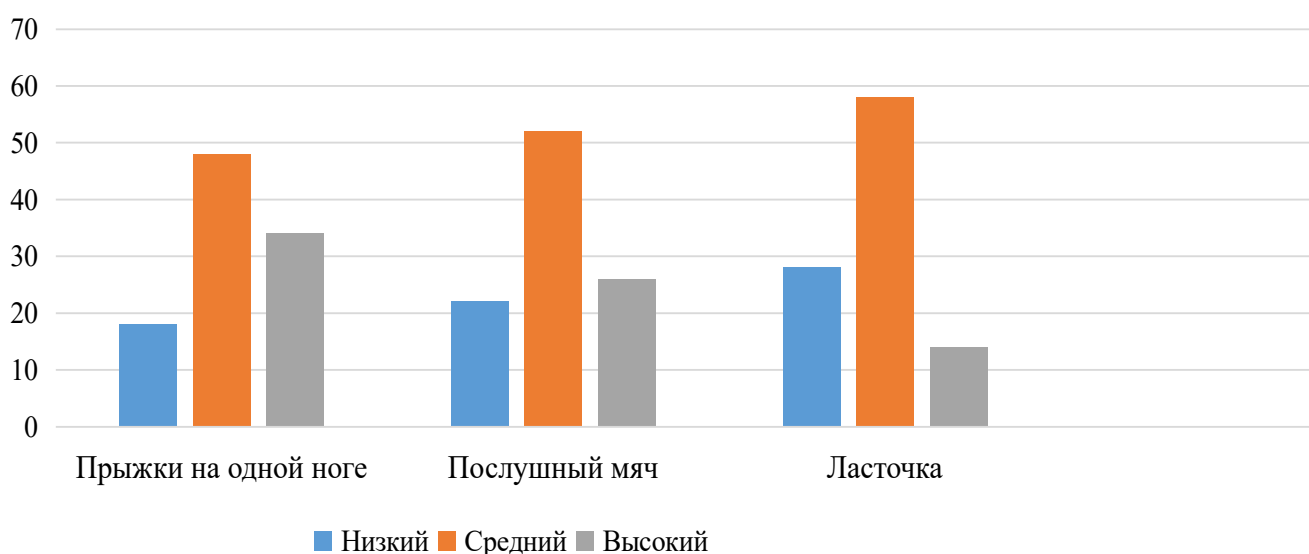


Рисунок 2 – Результаты двигательных навыков детей старшей группы

Мы видим, что уровень сформированности двигательных навыков примерно одинаковый в обеих группах. При этом, дети с ОВЗ практически не отличались по физическим показателям от здоровых детей. Наиболее сложным заданием для детей обеих групп было упражнение «Ласточка». Действительно, для сохранения устойчивости и равновесия необходимы концентрация внимания и контроль мышечного ощущения.

На констатирующем этапе нашей опытно-поисковой работы также нам было важно установить степень межличностного взаимодействия между детьми, выявить уровень сформированности толерантных навыков здоровых детей по отношению к особенным детям, определить наличие «принятых» и «отверженных» детей и причины такого разделения.

Для оценки взаимодействия и взаимоотношений детей мы использовали известную социометрическую методику американского психиатра и социального психолога Я. Морено [68], адаптированную Я.Л. Коломинским к условиям детских объединений [43].

Цель – диагностика эмоциональных связей, измерение степени сплоченности-разобщенности в группе, получение данных о том, как дети относятся друг к другу на основе взаимных симпатий-антипатий.

Данная работа проводилась вместе с воспитателями и психологом. Нами было предварительно подготовлено по три картинки на каждого ребенка группы. На обратной стороне каждой картинки поставили номер, присвоенный каждому ребенку в данном эксперименте (списочный номер). Детей выводят, за исключением одного, в другое помещение. Затем ребенку предлагаем три картинки и объясняем: «Можешь положить их по одной любым трем детям группы. У кого окажется больше всех картинок – тот выиграет». Фиксируются все действия, которые выполняет ребенок. Так, дети по одному входят в кабинет, после выходят в третье помещение. Мы следили, чтобы дети, не встречались друг с другом.

Далее, в заготовленной социометрической таблице мы фиксировали выборы детей, полученных каждым ребенком, находили взаимные выборы. Статус ребенка определялся числом полученных им выборов. Дети могут быть отнесены к одной из 4-х статусных категорий:

- «звезды»: 5 и более выборов,
- «предпочитаемые»: 3-4 выбора,
- «принятые»: 1-2 выбора,
- «не принятые»: 0 выборов.

Первые 2 категории являются благоприятными. Исходя из этого, мы можем знать насколько благоприятен статус каждого ребенка в группе. Иными словами, насколько ребенок желанен в системе межличностных отношений, испытывают ли к нему дети симпатию или нет. В зависимости от этого можно говорить об эмоциональном климате группы для каждого воспитанника: теплый, благоприятный, холодный, отчужденный.

К сожалению, по 1-2 выбора получили дети с ОВЗ. А в группу «непринятых» попал ребенок-аутист (Диас Р.) в старшей группе.

Диас, 6 лет (имя ребенка изменено) посещает детский сад с 5-х лет. Адаптация проходила сложно: в течение месяца мальчик отказывался есть, ложиться спать, не вступал в контакт со взрослыми (воспитателем, специалистами), не реагировал на речь, при попытке поговорить замирал и отворачивался, не смотрел в глаза. Навыки социализации не соответствовали возрастной норме. Целенаправленная и комплексная работа по индивидуальной программе в течение прошлого года дала свой положительный результат – с сентября 2025 года ребенок был включен в общую группу сверстников. Однако, проблемы коммуникативного характера (не играл с другими детьми, замыкался, не проявлял эмоциональные реакции), оказались весомыми причинами интолерантного отношения к нему со стороны сверстников. Многие, не понимая особенностей мальчика, толкали его, забирали у него игрушки, не принимали в свои игры, отказывались вставать с ним в пару или рядом.

На одном занятии мы проводили танцевальное упражнение «Круговой танец». Под спокойную музыку дети произвольно двигаются (на месте, по площадке, используя простые шаги, кружение и др.). Потом просим объединиться в пары («Танцы в двойках»), потом танцы в тройках, четверках и, наконец, в общем круге. С Диасом никто не встал в пару, он на протяжении всего упражнения двигался один.

Поэтому на этапе формирующего эксперимента основное внимание уделялось работе, направленной на освоение и практическое применение

детьми способов адекватного поведения, толерантного взаимодействия, и в целом на повышение уровня эмоционального климата в группе.

На основе «Карты наблюдений за эмоционально-социальным развитием ребенка», составленной психологом и воспитателем, а также накопленной информации о поведении, социальных навыках и коммуникациях детей, собранной в ходе беседы с родителями, мы определили общий уровень социально-эмоционального развития детей обеих групп и уровень эмоционального благополучия (ЭБ) каждого ребенка. ЭБ рассматривается как устойчивый, положительно окрашенный образ психического состояния, включающий представления ребенка о себе и о других, о мире (знание), эмоциональный опыт (переживание), поведение (отношение), формирующиеся в процессе развития и адаптации к условиям среды. В качестве дополнения мы применяли иллюстративную методику «Сюжетные картинки» Р.Р. Калининой [39], которая направлена на выявление сформированности у детей представлений о моральной норме и поступках, способности отличать социально-значимые нормы от асоциальных, выражать и понимать соответствующее эмоциональное отношение к той или иной нравственной или моральной норме.

Также мы применяли цветовой тест Люшера [70], который в психологии используется для определения уровня психологического благополучия. В работе с дошкольниками вместо полного анализа мы просили детей просто выбрать самый красивый цвет из 8 карточек, что позволило быстро зафиксировать текущее настроение ребенка, оценить его эмоциональное состояние и выявить уровень комфорта и скрытые страхи.

Дети с ОВЗ часто испытывают затруднения в определении цветов, к тому же они связывают цвет с образом того или иного предмета. Поэтому таким детям мы предлагали цветové картинки в определенной, естественной форме: желтый – в форме солнца, белый – облака, зеленый – елочки, листа и т.д. Такой подход помогает развить мышление, наблюдательность, обогатить речь и полнее воспринимать предметы.

Мы провели сравнительный анализ цветовых предпочтений у здоровых детей и детей с РАС и ЗПР (Таблица 10).

Таблица 10 – Цветовые предпочтения детей дошкольного возраста

Цвет	Здоровые дети	Дети с РАС (Диас)	Дети с ЗПР
Желтый	+	—	—
Красный	+	+	+
Синий	+	+++	+
Зеленый	—	+++	+
Коричневый	—	+	+
Розовый	+	++	—
Черный	—	—	+

Мы увидели, и это подтверждают специалисты ДООУ, работающие индивидуально с детьми с ОВЗ, что один из самых любимых цветов Диаса – бледно-розовый, но на первом месте все же прохладные цвета – синий и зеленый. В работе мы старались использовать атрибуты предпочитаемых цветов, поскольку данные цвета оказывают успокаивающее действие на детей, дают ощущение стабильности, уменьшают беспокойство и помогают в установлении контакта и понимания эмоций.

Анализ данных, полученных в начале наблюдения (сентябрь), показал, что у воспитанников обеих групп наблюдается в основном средний уровень социально-эмоционального развития (рис. 3).

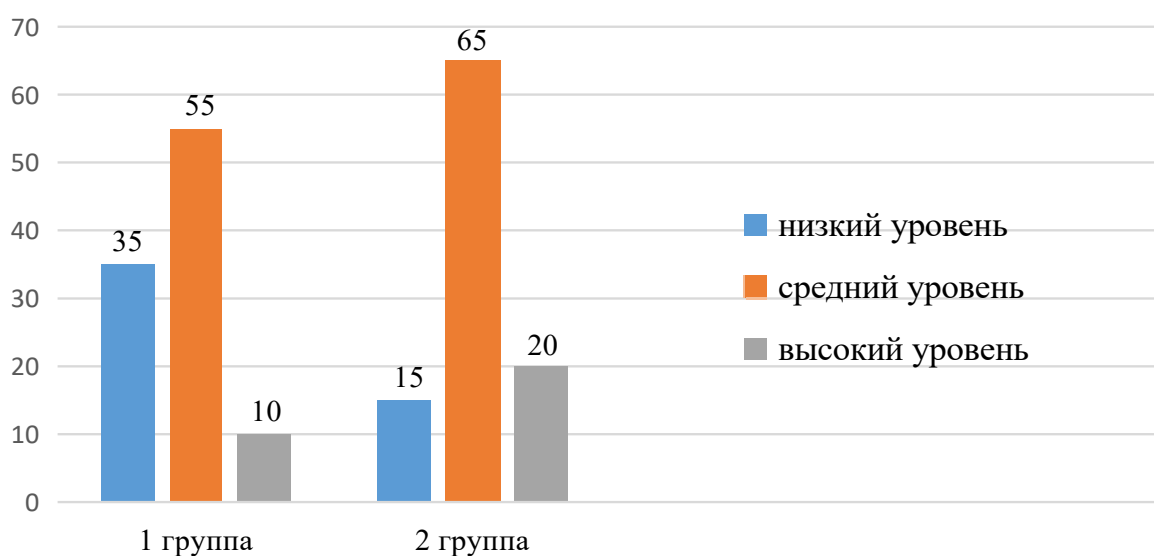


Рисунок 3 – Уровень социально-эмоционального развития дошкольников в начале эксперимента (сентябрь)

Дети обеих групп имеют основные знания и представления о социальных нормах и поступках, в целом доброжелательны, проявляют эмоциональную отзывчивость, способны переживать, готовы оказать другому ребенку помощь. Большинство детей могут координировать действия со сверстниками в сюжетно-ролевой игре, договариваться, обсуждать сюжет и роли. Это указывает на небольшой, но все же высокий уровень: 10% (1 группа) и 20% (2 группа). Средний уровень зафиксирован в средней группе (1 группа) – у 55% детей и в старшей группе (2 группа) у 65% детей. Вместе с тем, у 35% детей 1 группы выявлен низкий уровень социального развития, во 2 группе – 15%. У отдельных детей были выявлены злость, раздражение, неспособность сдерживать негативные проявления, неумение дружно и безконфликтно играть, многие не могли перейти от конфликтного типа взаимодействия к сотрудническому. В основном такое поведение мы наблюдали в средней группе, где дети только начинали контактировать.

В целом мы видим достаточно хороший уровень и сравнительно неплохие результаты, которые мы связываем с целенаправленной и методически грамотно выстроенной воспитательно-образовательной работой всего педагогического состава ДОУ, планомерным и систематическим сопровождением детей в течение всего времени нахождения ребенка в коллективе.

II. Формирующий этап (октябрь-май).

На формирующем этапе осуществлялась реализация коррекционно-развивающей программы по логоритмике.

Формирование эмоционально-коммуникативных навыков у детей мы рассматриваем как основополагающую характеристику личности ребенка, как важнейшую предпосылку благополучия в эмоциональном, физическом и интеллектуальном развитии, как залог положительной социализации ребенка. Именно в дошкольном возрасте ребенок осваивает высшие формы экспрессии – выражение чувств через интонации, мимику, пантомимику,

что помогает ему понять переживания другого человека, открыть их для себя. С одной стороны, пятилетний ребенок уже может не показывать страх или слезы, то есть он способен управлять выражением своих чувств и осознанно пользоваться ими. Но, с другой стороны, дошкольники непосредственны и импульсивны, и эмоции, которые они испытывают, легко прочитываются на лице, в позе, жесте, во всем поведении [29]. Эмоциональные процессы являются той средой психологического бытия ребенка, которая заполняет и регулирует все остальные его функции. Как писал Л.С. Выготский «Эмоции являются центральным звеном психической жизни человека, и, прежде всего, ребенка» [21].

Поэтому основной акцент в работе с детьми с ОВЗ мы делали на развитие эмоционально-волевой сферы, формирование коммуникативных навыков, и в целом — на создание эмоционально положительного микроклимата в группах.

Реализация обучающих задач логоритмики не ограничивается только одним видом музыкально-ритмической и речевой деятельности, она затрагивает вопросы комплексного развития и воспитания ребенка как личности. Ребенок нуждается в деятельности непрестанно и утомляется не длительностью, а ее однообразием и односторонностью. Поэтому специфика занятий заключается в разнообразии содержания и форм подачи материала. Помимо изучения танцевальных движений мы использовали сюжетно-ролевые этюды, театрализацию, коммуникативные игры, ассоциативные и образные музыкально-двигательные импровизации, релаксационные упражнения, слушание сказок, стихов, фото- и видео просмотры, презентации, беседы.

Наиболее эффективными для решения проблем межличностного взаимодействия детей оказались игры-занятия с элементами театрализации, построенные на материалах различных сказок и знакомых дошкольникам мультфильмов, где создавались ситуации нравственного выбора, эмоционального реагирования на те или иные поступки героев.

В заданиях с обыгрыванием поведенческих ситуаций мы старались направить ребенка, помочь в случае необходимости наводящими вопросами с тем, чтобы он проанализировал, что правильно, что неправильно в предложенной ситуации, как нужно поступить и почему.

Каждый метод, каждая форма, по нашему мнению, целесообразны. Через проявления ребенка в игровой деятельности мы получаем незаменимую информацию об особенностях его эмоционального самовыражения, а также физиологического и психологического состояния.

III. Контрольный этап (июнь).

По окончании учебного года мы провели повторную диагностику результативности освоения программы «Логоритмика», где:

O1, O2, O3, O4, O5 – показатели освоения программы в соответствии с задачами в области обучения (O).

P1, P2, P3, P4, P5 – показатели в области развития (P).

B1, B2, B3, B4, B5 – показатели в области воспитания (B).

По каждому показателю определено содержательное (словесное) описание градаций, соответствующее количественному выражению:

3 – высокий уровень,

2 – средний уровень,

1 – низкий, незначительный уровень (Таблица 11).

Таблица 11 – Показатели и критерии диагностики освоения программы «Логоритмика»

Показатель	Критерии		
	3	2	1
O1 Знакомство с приемами и упражнениями, формирующими двигательные навыки и умения, пространственные представления.	Уверенно повторяет приёмы и упражнения. Может их самостоятельно продемонстрировать	Может только повторять за педагогом приёмы и упражнения.	Не может сам продемонстрировать приёмы и упражнения. При повторении за педагогом допускает ошибки.
O2 Знакомство с основными праздниками	Самостоятельно может рассказать	Может рассказать, но с помощью наводящих вопросов	Может рассказать с помощью, но ошибается.

О3 Знакомство с детскими музыкальными и шумовыми инструментами.	Знает названия инструментов, правила обращения с ними, уверенно демонстрирует приемы игры на них.	Не уверенно знает названия, правил обращения с ними, может продемонстрировать приемы игры	Не знает названия инструментов, правил обращения с ними, затрудняется при игре.
О4 Формирование навыка правильного звукослогового оформления слов изолированно и в условиях фраз.	Полностью сформирован навык правильного звукослогового оформления слов и фраз.	Испытывает затруднения (случайные ошибки) в звукослоговом оформлении слов и фраз.	Испытывает значительные затруднения (путает звуки, переставляет местами слоги и т.п.)
О5 Формирование навыка звуко-слогового анализа и синтеза, а также звуко-слоговых представлений в соответствии с возрастом	Полностью сформирован навык звуко-слогового анализа и синтеза, а также звуко-слоговых представлений в соответствии с возрастом.	Может осуществлять звуко-слоговой анализ при помощи педагога. Звуко-слоговые представления находятся на границе нормы.	Испытывает значительные затруднения даже при помощи педагога. Звуко-слоговые представления не соответствуют возрастной норме
Р1 Развитие слухового внимания.	Легко определяет звучащие игрушки и определяет направление звука.	Неуверенность или одна ошибка, определяет направление звука	Допускает ошибки, затрудняется в заданиях.
Р2 Развитие восприятия и воспроизведения ритма.	Воспроизводит ритмические рисунки без ошибок.	Неуверенно, но воспроизводит ритм, с небольшими пометками.	Допускает существенные ошибки, не может воспроизвести заданный ритм.
Р3 Развитие ориентирования в пространстве.	Легко ориентируется в пространстве, нет затруднений при выполнении заданий	Ориентируется, но допускает небольшие ошибки.	Не может ориентироваться, не выполняет или выполняет неверно задания.
Р4 Развитие состояния общей моторики.	Движения точны, координация, темп хорошие при выполнении упражнений.	Движения неуверенные, скованные, есть затруднения при выполнении.	Не может выполнить все или некоторые упражнения.
Р5 Развитие состояния мелкой моторики.	Выполняет задания уверенно. Движения точны, темп хороший	Испытывает затруднения при выполнении упражнений.	Движения зажаты, скованы. Не может выполнить задание
В1 Формирование элементарного представления о здоровом образе жизни	Сформированы элементарные понятия о здоровом образе жизни, сам может рассказать о правилах и придерживается их.	Может рассказать с помощью педагога. На занятиях старается придерживаться правил.	Не может рассказать. На занятиях часто нарушает правила безопасности.

В2 Воспитание культуры межличностного взаимодействия.	Уважительно относится к детям и педагогам. Уверенно себя чувствует в групповом взаимодействии.	Старается уважительно относится, но испытывает психологические затруднения.	Постоянно является участником конфликтов, затруднена коммуникация.
В3 Формирование позитивного отношения к учебе.	Позитивное отношение, нравится осваивать новые умения и навыки.	Избирателен. Некоторые упражнения может отказаться делать.	Негативное отношение. Недоверие. Страх. Равнодушие.
В4 Формирование творческих навыков	Демонстрирует на занятиях творческую активность и фантазию.	Требуется мотивация для участия в творчестве	Аморфен. В лучшем случае повторяет идеи других детей.
В5 Воспитание социальной активности	Позитивное отношение. Легко взаимодействует с детьми и взрослыми	Неорганично чувствует себя действии, нужна мотивация	Отвергает любую деятельность, десоциализирован

В работе с общими группами мы, в соответствии с поставленными целями и задачами нашего исследования, акцентировали внимание на детях с ограниченными возможностями здоровья:

Диас (старшая группа) – РАС

Бексултан (средняя группа) – ЗПР

Алена (старшая группа) – ЗПР

Марат (средняя группа) – ЗПРР

Азамат (средняя группа) – ЗПРР

Зарина (средняя группа) – ЗПРР

Злата (средняя группа) – ЗПРР

Карим (старшая группа) – ЗПРР

Кирилл (старшая группа) – ЗПРР

Айша (старшая группа) – ЗПРР

Проведенная работа показала положительную динамику изменения по всем критериям социально-поведенческого, коммуникативного, эмоционального развития детей с ОВЗ обеих групп. При выведении показателей учитывались диагностика освоения программы логоритмики, а также данные мониторинга специалистов, занимающихся с данными детьми, наблюдения и беседы родителей и опекунов (рис. 4).

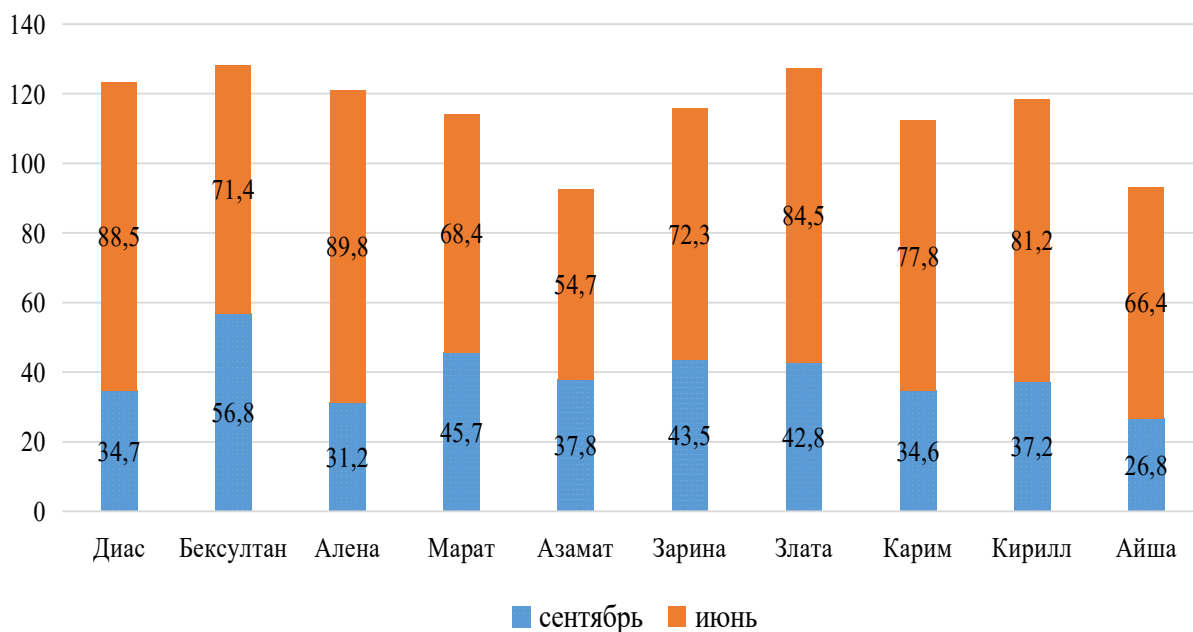


Рисунок 4 – Сравнительный анализ динамики изменения социально-поведенческого, коммуникативного, эмоционального развития детей с ОВЗ

Участие в диагностической работе воспитателей, психолога, логопеда помогало не только дать более полную информацию о состоянии детей, но и скоординировать совместную работу с целью оптимизации педагогического стиля общения с особенными детьми.

Также мы отметили повышение общего уровня социально-эмоциональной сферы детей, особенности взаимодействия детей в группе, сформированности коммуникативных навыков (рис. 5).

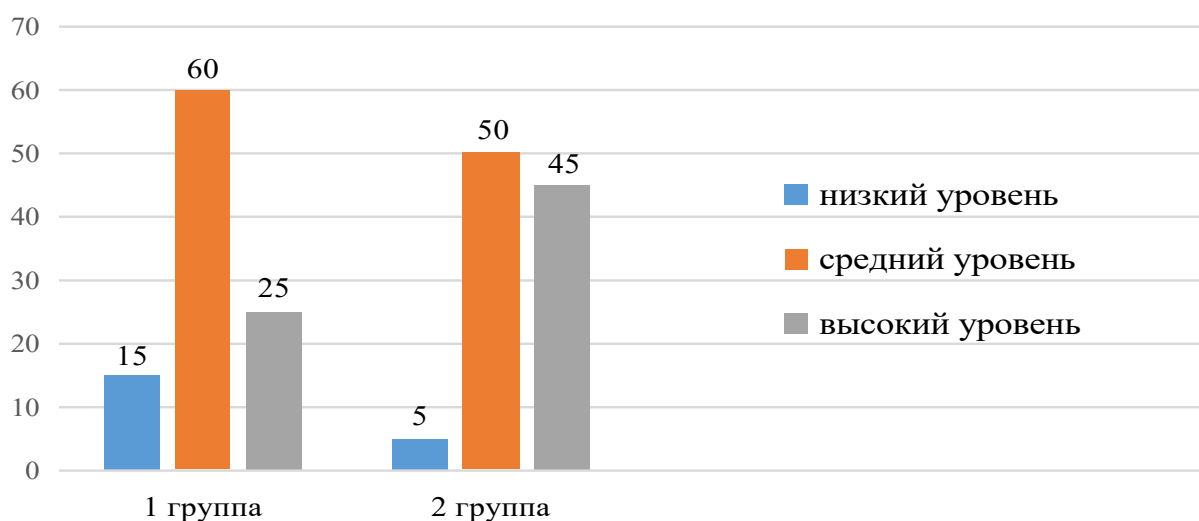


Рисунок 5 – Уровень социального развития дошкольников в конце эксперимента (июнь)

По ходу выполнения упражнений ребенок естественно оказывается в ситуации взаимодействия с другими детьми, не приобретая при этом негативного опыта общения, что является наиболее важным для решения эмоционально-волевых проблем. Даже дети, которые не позволяли вначале прикасаться к себе, во время танца держат друг друга за руки. Танцуя, все смотрят друг на друга и выполняют определенные движения. Постепенно дети учатся согласовывать свои действия с действиями других людей, и тогда танец становится более организованным и ритмичным.

У детей с познавательными проблемами на фоне положительного эмоционального подкрепления формируется моторная и зрительно-моторная координация, развиваются пространственные представления, двигательная память, серийная организация действий.

Наиболее проблематичным ребенком был Диас с диагнозом аутизма. Если в начале учебного года наблюдались повышенная импульсивность, неуверенность в себе, слабо развитая мотивация и отсутствие интереса к игровой и образовательной деятельности, а также частые нарушения взаимоотношений со сверстниками, то на момент окончания учебного года мы видим стабильный эмоциональный фон и настроение, умеренную тревожность и низкий уровень страхов, готовность к общению и взаимодействию с детьми в группе. По словам мамы, Диас спокойно идет в детский сад, легко расстается с ней, проводит целый день в группе, посещает все занятия, включается в режимные моменты и фронтальную образовательную деятельность. Вне детского сада он посещает школу будущего первоклассника, где на занятиях остается один, выполняя все требования педагога. Согласно итоговой диагностике, развитие его высших психофизических функций соответствует возрастной норме.

Важнейшим достижением проделанной работы стало принятие Диаса сверстниками, что говорит о выраженной эмпатичности детей.

Танцевально-игровой материал, разученный на занятиях, мы включаем в репертуар, в программу музыкальных развлечений,

утренников, используем на открытых занятиях для родителей. Наши дети участвуют в различных концертах, выступают на праздниках, фестивалях, что значительно повышает их самооценку. Дети начинают себя по-другому ощущать, а творчество помогает самовыразиться. Ребята получают на конкурсах дипломы, благодарственные письма и понимают, что они тоже могут участвовать в жизни общества.

Выводы по второй главе.

Опытно-поисковая работа осуществлялась в рамках реализации основной образовательной программы детского сада «Арай» и рабочей программы педагога-хореографа по логоритмике в комбинированных группах, где обучались дети с особыми образовательными потребностями (РАС, ЗПР и ЗППР).

Проведенная работа в течение одного учебного года доказала значимость логоритмических занятий с дошкольниками в воспитании познавательной, эмоционально-волевой сфер личности, в физическом развитии детей, формировании музыкального слуха, внимания и восприятия, комплексных видов памяти, эмоциональной отзывчивости и музыкально-ритмического чувства. Являясь наиболее важным звеном логопедической деятельности, логоритмика через развитие сенсорных и двигательных способностей детей помогла скорректировать и исправить нарушения речи, улучшить звукопроизношение и словообразование, расширить словарный запас.

Игровые технологии, как основные в работе с дошкольниками, создавали атмосферу радости. Музыкально-танцевальные игры в сочетании с ритмичным словом помогали снять напряжение, выплеснуть энергию, переработать детскую агрессию и страх, осознать себя в предлагаемых обстоятельствах, пробудить положительные эмоции, а также развить коммуникативные качества и творческие способности. Это особая форма экспрессивного поведения ребенка, которая открывает «границы»,

так как большая часть детей с ограниченными возможностями как раз и имеет проблемы в общении и отгорожены от мира.

Сравнительный анализ показателей по всем критериям социально-поведенческого, коммуникативного, эмоционального развития детей с ОВЗ в средней и старшей группах с применением технологий танцевальной терапии (логоритмики) показал положительную динамику. При выведении показателей учитывались диагностика освоения программы логоритмики, а также данные мониторинга специалистов, занимающихся с данными детьми, наблюдения и беседы родителей и опекунов.

Работа в инклюзивных группах позволила выделить основные особенности работы с детьми с ОВЗ:

1. Индивидуальный подход. Учитываются психофизиологические возрастные и речевые возможности ребёнка.
2. Последовательность и системность. Материал усваивается постепенно, с закреплением умений и навыков.
3. Создание положительной эмоциональной атмосферы.
4. Групповая работа, развитие навыков взаимодействия.
5. Использование наглядных материалов. Иллюстрации, сюжетные картинки помогают связывать текст с определённым образом.
6. Комплексная работа с другими специалистами: учитель-логопед, музыкальный руководитель, воспитатель, иногда инструктор по физической культуре, педагог-психолог и другие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью нашего исследования было раскрыть сущность и содержание танцевально-двигательной терапии и практически доказать ее эффективность в социальной реабилитации детей с ОВЗ.

В качестве объекта исследования была определена танцевально-двигательная терапия как часть коррекционной работы с детьми с ОВЗ. Предметом исследования стала коррекционно-развивающая работа с детьми старшего дошкольного возраста на занятиях по логоритмике в инклюзивных группах детского сада.

На основе изучения литературы и других источников мы раскрыли сущность понятия «социальная реабилитация» с позиций разных авторов, обосновали актуальность проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, дали психолого-педагогическую характеристику детей с ОВЗ, а именно с задержкой психического развития и расстройствами аутистического спектра, которые на сегодняшний день (согласно статистическим данным) являются достаточно многочисленной группой среди выборки детей с ОВЗ.

Проведенное теоретическое исследование позволило сделать следующие выводы.

1. Социальная реабилитация представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья, с целью успешной интеграции в общество. Процесс социальной реабилитации проходит в специально организованных условиях и под руководством специалистов в этой области с использованием различных форм, средств и методов воздействия.

2. Специфика социальной реабилитации детей с ОВЗ заключается в акцентировании внимания не на дефект как таковой, а на выявление и

всестороннее развитие задатков и способностей ребенка, обеспечивающих ему чувство уверенности и независимости в будущем.

3. Актуальными сегодня становятся методы арт-терапии, основанные на воздействии на личность различных видов искусства. Одним из действенных методов арт-терапии широкую популярность приобретает реабилитация с помощью танца.

В рамках практического исследования была проведена опытно-поисковая работа на базе ТОО «SABA-16» – детский сад «Арай» (Акмолинская область, г. Атбасар, Республика Казахстан) с воспитанниками средней группы (девочки и мальчики в возрасте 5-6 лет) и старшей группы (девочки и мальчики в возрасте 6-7 лет) по 15 человек в каждой. Данные группы являются комбинированными – в каждой группе есть нормально развивающиеся дети и дети с различными отклонениями в развитии (1 ребенок с РАС, 2 – с ЗПР и 7 детей – с ЗППР).

Теоретически мы определили, что детям с ОВЗ, независимо от сложности диагноза, при проведении последовательной коррекционно-педагогической работы можно помочь социализироваться, то есть стать полноправными членами общества. В рамках реализации программы по логоритмике мы постарались практически доказать это.

Развитие дошкольника идет от движения – к слову, поэтому логоритмика была выбрана не случайно.

В логоритмике выделяют два направления в работе с детьми:

1. Развитие неречевых процессов: совершенствование общей моторики, координации движений, ориентации в пространстве; регуляция мышечного тонуса; развитие чувства музыкального темпа и ритма, активизация всех видов внимания и памяти.

2. Развитие речи и корректирование речевых нарушений: развитие дыхания, голоса; выработка умеренного темпа речи и ее интонационной выразительности; развитие артикуляционной и мимической моторики; воспитание правильного звукопроизношения.

Если по второму направлению работа в основном ведется логопедом индивидуально с каждым ребенком по индивидуально разработанной в соответствии со сложностью нарушений программой, то занятия логоритмикой, которые являются групповыми, больше направлены на реализацию задач первого направления, а также дополняют и закрепляют знания и навыки, полученные детьми на индивидуальных занятиях.

Отдельные, пусть незначительные, нарушения мы видим и у нормально развивающихся детей. В связи с этим наши занятия по логоритмике имели общецелевую направленность, где основной акцент мы делали на коррекцию эмоционального состояния и различных поведенческих расстройств через развитие двигательной сферы.

Работа проводилась в три этапа: констатирующий (сентябрь); формирующий (октябрь-май) и итоговый (июнь).

Основными направлениями и критериями оценивания были:

1. Физическое развитие, сформированность моторных навыков, повышение уровня двигательной активности.
2. Состояние эмоционально-волевой сферы: уровень тревожности, степень эмоционального благополучия, самооценки и саморегуляции.
4. Социальная интеграция: преодоление чувства изоляции, развитие коммуникативных навыков, включение в командную работу.

Методы исследования: наблюдение, педагогический мониторинг.

Проведенная входная диагностика на констатирующем этапе выявила общие особенности у детей с ОВЗ: нарушение речи, низкая концентрация и неустойчивость внимания, рассеянность, недоразвитие мелкой моторики, недостаточная координация движений, эмоциональная нестабильность, частная смена настроения от повышенной возбудимости до апатии, сложности коммуникации, неготовность к общению, замкнутость. Все это говорило об эмоционально-волевой, познавательной и поведенческой незрелости, которая мешает успешной социализации ребенка как в коллектив сверстников, так и в общество в целом.

На формирующем этапе (октябрь-май) осуществлялась реализация коррекционно-развивающей программы по логоритмике.

Особенности развития детей с ОВЗ не препятствуют освоению ими общеобразовательных программ, поэтому свои занятия мы выстраивали по традиционной структуре, но с корректировкой содержания, исходя из специфики инклюзивного обучения.

Занятия строились на чередовании базовых блоков: артикуляционная и мимическая гимнастика, дыхательные и массажные техники, упражнения на развитие мелкой и крупной моторики, упражнения на контактность, на расширение двигательного репертуара (осознание частей тела, границ и пространства тела, выражение эмоций и образов).

Помимо изучения танцевальных движений мы использовали сюжетно-ролевые этюды, коммуникативные игры, ассоциативные и образные музыкально-двигательные импровизации, релаксационные упражнения. Наиболее эффективными в решении поставленных задач оказались игры-театрализации, построенные на материалах различных сказок и знакомых дошкольникам мультфильмов, где создавались ситуации межличностного взаимодействия детей, нравственного выбора, эмоционального реагирования на те или иные поступки героев.

Проведенная работа в течение одного учебного года доказала значимость логоритмических занятий с дошкольниками в воспитании познавательной, эмоционально-волевой сфер личности, в физическом развитии детей, формировании музыкального слуха, внимания и восприятия, комплексных видов памяти, эмоциональной отзывчивости и музыкально-ритмического чувства. Вовлечение детей в музыкально-двигательную и творческую деятельность помогло скорректировать и исправить различные нарушения речи, улучшить звукопроизношение и словообразование, расширить словарный запас.

Игровые технологии, как основные в работе с дошкольниками, создавали атмосферу радости и удовольствия, способствовали снятию

напряжения, давали выход энергии, пробуждали положительные эмоции, а также развивали коммуникативные качества и творческие способности.

Итоговый сравнительный анализ показателей по всем критериям социально-поведенческого, коммуникативного, эмоционального развития детей с ОВЗ в средней и старшей группах с применением технологий танцевальной терапии (логоритмики) показал положительную динамику. Сочетание традиционных и инновационных методов на занятиях логоритмики позволило улучшить физическое развитие, скорректировать моторную и коммуникативную функции, стабилизировать эмоциональное состояние и различные поведенческие нарушения, что способствовало успешной интеграции детей с ОВЗ в детский коллектив. Главное, педагогу нужно быть внимательным и отзывчивым к потребностям особенного ребенка, чувствовать его настрой, темп, интересы, а также правильно оценивать зону его ближайшего развития.

По результатам проведенной опытно-поисковой работы мы определили базовые условия позитивной реабилитации детей с РАС и ЗПР:

1. Приоритет интересов ребенка и личностно-индивидуальный подход с учетом сложности диагноза и перспектив коррекции.
2. Последовательность и системность подачи и усвоения программного материала с закреплением умений и навыков.
3. Вовлечение в совместную командную работу, развитие навыков общения и взаимодействия со взрослыми и сверстниками.
4. Создание положительной эмоционально-комфортной атмосферы на каждом занятии и благоприятных условий для формирования базовых социальных навыков.
5. Разнообразие форм и методов, направленных на положительную мотивацию у детей к обучению, создание ситуаций успеха.
6. Создание единого комплексного интегративного социально-реабилитационного пространства; обеспечение тесного взаимодействия детей, воспитателей, психологов, педагогов-специалистов, родителей.

7. Непрерывность психолого-педагогического сопровождения, организация мониторинга в динамике совокупных показателей социального развития детей.

8. Наличие профессиональной компетентности педагога-хореографа.

Реализацию данных условий мы рассматриваем как важнейшую предпосылку благополучия в эмоциональном, физическом и интеллектуальном развитии ребенка.

Проведенное исследование также обозначило проблемы:

– неразработанность специальных методик и технологий инклюзивного дошкольного образования;

– недостаточно сформированное толерантное отношение родителей нормально развивающихся детей к воспитанникам со статусом ОВЗ;

– неготовность педагогов ДООУ к работе с особенными детьми, недостаток информационной, методической и психологической помощи при реализации обучения ребенка с ОВЗ в условиях инклюзии.

Данные проблемы требуют дальнейшей работы в этой области, обобщения теоретического и практического опыта, анализа эффективных стратегий реабилитации детей с ОВЗ, а также построения собственных моделей обучения в условиях инклюзивного образования.

Результативность проведенной практической коррекционно-развивающей работы с дошкольниками подтвердило эффективность применения танцевально-двигательной терапии, а именно логоритмики, для решения задач социальной реабилитации детей с ОВЗ как основы дальнейшего развития и вхождения ребенка в социум.

Таким образом, поставлены цели достигнуты, задачи выполнены, гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Адлер А. Понять природу человека / А. Адлер; пер. Е. Цыпин. – Санкт-Петербург: Изд-во AST Publishers, 2021. – ISBN: 978-5-17-133761-2
2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с. – ISBN 5-691-01094-8.
3. Аксакова Т.Ю. Логопедическая ритмика в системе коррекционной работы с дошкольниками с ОНР. – Санкт-Петербург: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2009.
4. Башина В.М. Ранний детский аутизм / В.М. Башина // Исцеление. – Москва, 1993. – С. 154-165.
5. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность / Н. А. Бернштейн; под ред. О.Г. Газенко. – Москва: Наука, 1990. – 496 с. – ISBN 5-02-005234-5. – URL: <https://search.rsl.ru> (дата обращения: 11.03.2026).
6. Боас Ф. Антропология и современная жизнь / Ф. Боас; перевод с английского А. Ф. Назаровой. – Москва: Издательский дом «Пересвет», 2007. – 208 с. – ISBN 5-903429-01-3.
7. Большой медицинский словарь – URL: <http://www.dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/26082> (дата обращения: 02.11.2025).
8. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред .Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. – СПб: Прайм-Еврознак, 2003. – 672 с
9. Бондаренко Б.С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации. – Москва: Владос. 2009 – 300 с.
10. Буденная Т.В. Логопедическая гимнастика: Методическое пособие / Т.В. Буденная. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2008.
11. Буренина А.И. Коммуникативные танцы-игры для детей: учеб.пособие / А.И. Буренина. – СПб.: Музыкальная палитра, 2004. – 36с.

12. Буренина А.И. Ритмическая мозаика: Программа по ритмической пластике для детей дошкольного и младшего школьного возраста / А.И. Буренина. – 2-е изд., доп. – Санкт-Петербург: ЛОИРО, 2016. – 257 с.
13. Бутко Г.А. Организация физкультурно-оздоровительной работы в детском саду для детей с задержкой психического развития / Г.А. Бутко // Коррекционная педагогика. – 2006. – № 6. – С. 33-57.
14. Бычкова Е. Дети дождя: все об аутизме / Е. Бычкова // Няня, 2001. – № 12. – С. 18-22
15. Вагнер Р. Произведение искусства будущего / Р. Вагнер, соавтор С.П. Гиждеу. – Изд-во URSS, 2010. – 121 с. – ISBN 5-397-0140-1X. – URL: urss.ru (дата обращения: 28.01.2026)
16. Васягина Н.Н. Психолого-педагогические аспекты реабилитации детей с расстройством аутистического спектра в условиях дошкольного образования / Н.Н. Васягина, Е.Н. Григорян, Е.А. Казаева // Национальный психологический журнал. – 2018. – №2(30). – С. 92-101.
17. Власова Т.А. Дети с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – Москва: Просвещение, 1973. – 173 с.
18. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: учебник для вузов / Г.А. Волкова. – Москва: Владос, 2003. – 272 с. – ISBN 5-691-00845-4. – URL: <https://search.rsl.ru> (дата обращения: 07.02.2026).
19. Ворожцова О.А. Музыка и игра в детской психотерапии / О.А. Ворожцова. – Москва: Издательство института психотерапии, 2004.
20. Вундт В. Очерки психологии / В. Вундт. – Москва: Космос, 1912. – 304 с. – «Руниверс». – URL: <https://runivers.ru> (дата обращения: 18.02.2026).
21. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте: книга для учителя / Л.С. Выготский. – Москва: Просвещение, 2012. – 93 с.
22. Ганичева И.В. Телесно-ориентированные подходы к психокоррекционной и развивающей работе с детьми (5-7 лет) / И.В. Ганичева. – Москва: Национальный книжный центр, 2014. – 136.

23. Гиршон А.Е. Интегративная танцевально-двигательная терапия / А.Е. Гиршон, В.В. Козлов, Н.И. Веремеенко. – Издание 2-е, расширенное и дополненное. – Санкт-Петербург: Речь, 2006. – 286.
24. Гоголева М.Ю. Логоритмика в детском саду. Старшие группы / М.Ю. Гоголева. – Ярославль: Академия развития, 2006. – 114 с.
25. Гренлюнд Э. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика / Э. Гренлюнд, Н.Ю. Оганесян. – Санкт-Петербург: Речь, 2011. – 228 с.
26. Гуревич М.О. Психомоторика. Мотоскопия / М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий. – Ленинград: Гос. мед. изд-во, 1930. – 172 с. – Национальная электронная библиотека. – URL: rusneb.ru (дата обращения: 05.12.2025)
27. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения / В.В. Давыдов. – Москва: ИНТОР, 1996. – 544 с.
28. Деревянкина Н.А. Эмоциональный мир ребенка с ЗПР / Н.А. Деревянкина. – Москва: Книга, 2004 – 324 с.
29. Диагностика эмоционального благополучия детей старшего дошкольного возраста: оценка надежности модифицированного комплекса методик // Социальные науки и детство. – 2026. – Том 7. – № 1. – С. 79-86
30. Дильтей В. Описательная психология / В. Дильтей. – URL: <https://iphras.ru> (дата обращения: 18.02.2026).
31. Жуков Д.Е. Особенности картины мира детей с аутизмом / Д.Е. Жуков // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: Мат-лы III съезда РПА и науч.-практ. конф. – Курск. 20-23.10.2003. – Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та, 2003. – 271 с.
32. Задержка психического развития // Педагогический энциклопедический словарь. – Москва: Проспект, 2003. – 800 с
33. Закон «О социальной защите лиц с инвалидностью в Республике Казахстан» (с изм. и доп. 01.01.2023). – URL: <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 05.03.2026)
34. Запорожец А.В. Психологическое изучение развития моторики ребенка-дошкольника / Под ред. А.Н. Леонтьева // Вопросы психологии

ребенка дошкольного возраста. – Москва: Международный образовательный и психологический колледж, 1995. – С.112-122.

35. Иванова Е.В. Коррекция и развитие эмоциональной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья / Е.В. Иванова. – Москва: Национальный книжный центр, 2017. – 962 с.

36. Игошина И.А. История развития социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья / И.А. Игошина // StudArctic Forum. – 2020. – № 4(20). – С. 13

37. Инструментарий для проведения педагогической диагностики воспитанников дошкольных групп // Мониторинги в системе дошкольного образования. – URL: <http://mcko.ru/pages/> (дата обращения: 05.03.2026)

38. Каденкова Е.А. Понятие «социальная реабилитация» / Е.А. Каденкова // Научные исследования: от теории к практике. – 2016. – № 1(7). – URL: <https://interactive-plus.ru/> (дата обращения: 12.10.2025)

39. Калинина Р.Р. Сюжетные картинки. Методика в работе с дошкольниками и младшими школьниками / Р.Р. Калинина. – URL: <http://shkolabuduschego.ru/shkola/> (дата обращения: 24.03.2026).

40. Касицина М.А. Коррекционная ритмика. Комплекс практических материалов и технология работы с детьми старшего дошкольного возраста с ЗПР / М.А. Касицина, И.Г. Бородина. –М. Изд-во ГНОМ и Д, 2007. – 216 с.

41. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – Москва: Медицина, 1979. – 608 с.

42. Козлов В.В. Интегративная танцевально-двигательная терапия. – 3-е изд. / В.В. Козлов, А.Е. Гришон, Н.И. Веремеенко. – Санкт-Петербург: Речь, 2010. – 286 с.

43. Коломинский Я.Л. Психология детей шестилетнего возраста: практ. пос. / Я.Л. Коломинский. – Минск: Университэцкае, 1999. – 342 с.

44. Копытин А.И. Арт-терапия: теория и практика: учебное пособие для вузов / А. И. Копытин. – 2-е изд., стер. – Санкт-Петербург: Лань, 2025. – 244 с. – ISBN 978-5-507-54239-0.

45. Коренева Т.Ф. Музыкально-ритмические движения для детей дошкольного и младшего школьного возраста: учебно-метод. пособие / Т.Ф. Коренева. – в 2 ч. – Москва: Владос, 2014. – 104 с.
46. Крупнов А.И. Общество и проблемы инвалидности: монография / А.И. Крупнов, В.С. Ткаченко. – Ставрополь: Сервисшкола, 2006.
47. Крылова Н.М. Детский сад – Дом радости. Примерная образовательная программа дошкольного образования инновационного, целостного, комплексного, интегративного и компетентностного подхода к образованию, развитию и саморазвитию дошкольника / науч.ред. Л.В. Тимошенко. – 3-е изд., перераб.и доп. – Москва: ТЦ Сфера, 2014. – 264 с.
48. Крюкова С.В. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. Программа эмоционального развития детей дошкольного возраста: практическое пособие / С.В. Крюкова. – Москва: Генезис, 1999. – 254 с.
49. Куликова Н.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями в регионе: по результатам социологических исследований: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Барнаул, 2007. – 32 с.
50. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К.С. Лебединская // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 15-27
51. Леви-Стросс К. Первобытное мышление / К. Леви-Стросс; перевод с франц., вступление и примечания А.Б. Островского. – Москва: Республика, 1994. – 384 с. – ISBN 5-250-01637-2.
52. Лопухина И.С. Логопедия. Речь, ритм, движение / И.С. Лопухина. – Санкт-Петербург: КОРОНА-Век, 2008.
53. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера (Биоэнергетический анализ) / А. Лоуэн. – URL: <https://www.koob.ru> (дата обращения: 26.02.2026).
54. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. – Санкт-Петербург: Оверлайн, 1994. – 303 с.

55. Мид М. Культура и мир детства: избранные произведения / М. Мид; составитель И.С. Кон. – Москва: Наука, 1988. – 429 с. – URL: <https://platona.net> (дата обращения: 21.02.2026).
56. Оганесян Н.Ю. Танцевально-двигательная терапия в работе с детьми: учебное пособие / Н.Ю. Оганесян. – Санкт-Петербург: Речь, 2015. – 288 с. – ISBN 978-5-9268-1845-8.
57. Основы специальной психологии: учебное пособие / под ред. Л.В. Кузнецовой. – Москва: Изд. центр «Академия», 2002. – 480 с.
58. Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии /М.С. Певзнер, В.И. Лубовский, Э. Пекелис, Н.Н. Зислина. – Москва: Просвещение, 1966.
59. Переслени Л.И. Задержка психического развития: вопросы дифференциации и диагностики / Л.И. Переслени, Е.М. Мастюкова, Л.Ф. Чупров // Вопросы психологии. – 1989. – № 1 (1, 2). – С. 55-62
60. Песенки-игры «Веселая логоритмика»: авторская программа С. и Е. Железновых. – URL: <https://deti-online.com> (дата обращения: 14.01.2026).
61. Плохова И.А. Технология социальной реадaptации людей с ОВЗ: уч.-метод. пособие / И.А. Плохова. – Ульяновск: УлГПУ, 2017 – 80 с.
62. Психологический словарь. – URL: http://www.psychologist.ru/dictionary_of_terms/index.htm?id=2075 (дата обращения: 25.06.2025).
63. Райх В. Анализ личности / В. Райх; перевод с английского А. Боковой. – Москва: КСП; Санкт-Петербург: Ювента, 1999. – 333 с. – URL: <https://psylib.org.ua> (дата обращения: 18.02.2026).
64. Российская энциклопедия социальной работы / Под общ. ред. Е.И. Холостовой. – Москва: Дашков и К°, 2016. – 1032 с.
65. Селиванова Ю.В. Коррекционная работа по социальной реабилитации детей с ОВЗ (курс лекций): учебно-методическое пособие / Ю.В. Селиванова – Саратов, 2012. – 118 с.
66. Семаго Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – Москва: АРКТИ, 2000. – 207 с.

67. Сиротюк А.С. Воспитание ребенка в инклюзивной среде. Методика, диагностика / А.С. Сиротюк. – Москва: ТЦ Сфера, 2014. – 128.
68. Социомертия. Содержание, методики, инструментарий исследования. – URL: <https://ru.wikipedia.org/> (дата обращения: 21.04.2026).
69. Спиркина Е.А. Телесно-ориентированная психотерапия: методическое пособие / Е.А. Спиркина. – Москва: Институт Психоанализа, 2000. – 44 с. – URL: <https://psychlib.ru> (дата обращения: 24.03.2026).
70. Тимофеев В.И. Цветовой тест Люшера. Диагностика эмоционального состояния / В.И. Тимофеев. – СПб: Иматон, 2022
71. Чайклин Ш. Подход Чейс в танцевальной терапии / Ш. Чайклин, К. Шмайс; пер. с англ. А. Гаррафеева, Б. Лобковский // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – № 1. – URL: <https://psyjournal.ru> (дата обращения: 18.02.2026).
72. Чечикова И.В. Комплексный подход к развитию детей с ОВЗ – URL: <http://www.pedsovet.su/publ/161-1-0-4099> (дата обращения: 02.02.2026).
73. Чурашов А.Г. Танцевальная арт-терапия: практикум / сост. А.Г. Чурашов. – Челябинск: Изд-во Южно-Урал. гос. гуман.-пед. ун-та, 2018. – 60 с. – URL: <https://drive.google.com> (дата обращения: 10.02.2026).
74. Чурашов А.Г. Влияние социогровой технологии на формирование социально-коммуникативного развития детей средствами хореографии / А.Г. Чурашов, Е.Б. Юнусова // Мир науки, культуры, образования. – 2018. – № 5(72). – С. 237-240
75. Чурашов А.Г. Танцевально-двигательная терапия как перспективное направление разностороннего развития ребенка в системе дополнительного образования / А.Г. Чурашов, Л.А. Клыкова // Вестник Южно-Урал. гос. гуман.-пед. ун-та. – 2018. – № 4. – С. 115-119
76. Юнг К.Г. Аналитическая психология / К.Г. Юнг. Изд-во АСТ, 2023. – ISBN: 978-5-17-156411-7. – URL: <https://www.livelib.ru> (дата обращения: 28.11.2025)

ПРИЛОЖЕНИЕ

I. Примерное календарное планирование занятий логоритмики

Группа: старшая, возраст детей 6-7 лет

Период: первое полугодие (сентябрь-декабрь)

Целевая направленность: коррекция моторной, коммуникативной функций, эмоционально-волевой сферы; выработка координированных движений во взаимосвязи с речью; развитие мелодико-интонационных компонентов, творческой фантазии и воображения.

Тема недели, срок	Тема занятия	Средства реализации
3-я неделя «Детский сад»	«Магазин игрушек»	Комплекс ОРУ. Инсценировка песни «Моемся, чистим зубы». Мимическое упражнение. Дыхательное упражнение «Пожалеет Мишку». Танец «Гуляем и пляшем».
Сентябрь. 4-я неделя Части тела.	«Дудочка»	Упражнение «Ноги и ножки». Песня с движениями «Ку-ку». Стихотворение «Ветер». Упражнение «Собираем ягоды». Песня с движениями «Ай ты, дудочка-дуда». Пальчиковые игры
Сентябрь - октябрь Осень.	«Прогулка в осеннем лесу»	Динамические упражнения. Дыхательное упражнение «Ветер и листья». Танец-игра с листьями. Пальчиковая гимнастика. Игра «Ёжик». Подвижная игра «Догонялки». Мимическое упражнение «Эхо»
Октябрь 1-я неделя Овощи. Огород. Фрукты. Сад	«Заяц в огороде»	Стихотворение с массажем «Дождик». Стихотворение с движениями «Овощи». Игра «Яблочко». Пальчиковая игра «Осенние листья». Танец с листьями. Пальчиковая игра «Зайчик». Хоровод «Урожай собирай».
Октябрь. 2-я неделя Ягоды. Грибы. Лес.	«Сивка-Бурка»	Закличка «Гром гремучий». Ритмическая игра «Капли». Распевка с движениями «Листопад». Пальчиковая игра «По грибы». Ритмическое упражнение «Под горою вырос гриб». Прибаутка «Скок- поскок». Игра «Перстенёк». Танец-импровизация «Падают листья».
Октябрь. 3-я Неделя. Хлеб.	«Новый каравай»	Ритмическая игра «Капли». Упражнение на развитие координации движений «Колоски». Упражнение на увеличение продолжительности выдоха. Игра на ориентацию в пространстве «Не ошибись». Пальчиковая игра «Пирог». Хоровод «Каравай».
Октябрь. 4-я неделя Деревья и кустарники	«Полная корзина»	Танец «Весёлые путешественники». Дыхательное упражнение «Аромат цветов». Мимическое упражнение «Крапива». Упражнение на координацию речи и движения. Хоровод «По малину». Игра «Дети и волк». Пальчиковая игра «Осенние листья».

Ноябрь 1-я неделя Перелётные птицы	«Лягушка-путешественница»	Ритмическая игра «Лягушки». Стихотворение с движениями «Где вы были?». Упражнение на внимание, на развитие координации движений «Колоски», на развитие музыкально-слухового восприятия «Быстро-медленно». Игра на ориентацию в пространстве «Будь внимателен».
Ноябрь. 2-я неделя Домашние животные и их детеныши.	«Зимовье зверей»	Стихотворение с движениями «Дубок», «Стройка», «Дом», «Помощник». Танец «Весёлая пляска». Пальчиковая игра «Ватрушки». Речевая игра «Кто как кричит». Стихотворение с движениями «Валенки». Ритмический танец. Музыкально-ритмическая игра «Эхо». Подвижная игра «Волк во рву». Подвижная игра «Лошадка».
Ноябрь. 3-я неделя Подготовка к зиме.	«Готовимся к зиме»»	Ритмический танец «Плюшевый медвежонок». Стихотворение с движениями «Валенки». Стихотворение с движениями «Снежинки». Игра «Снежки». Ритмическая игра «Снегирь».
Ноябрь. 4-я неделя Животные Казахстана	«Встреча с дядюшкой Ау»	Двигательное упражнение. Подвижная игра «Родничок». Коммуникативная игра «Эхо». Народная игра «Белка выбирает дупло». Физкультминутка «Тепенкок».
Декабрь 1-я неделя Зима. Зимние месяцы.	«Заяц, косач, медведь и Дед Мороз»	Хоровод «Времена года». Скороговорка «Орешки». Упражнение на координацию движений «Отлёт птиц». Упражнение на координацию речи и движения. Попевка «Снегири», «На лыжах». Ритмическая игра «Мосток». Игра «Снеговик».
Декабрь. 2-я неделя Зимующие птицы	«Почтовая история»	Скороговорка «Три сороки». Упражнение на развитие координации движений «Отлёт птиц». Игра на внимание «Большая и маленькая птицы». Ритмическая игра «Мосток». Игра «Ритмическое эхо». Песня о Деде морозе. Игра «Птички и ворона». Новогодний хоровод.
Декабрь 3,4-я неделя Мебель. Дом	«Новоселье»	Ритмическая игра «Молоток». Упражнение «Самолёт». Динамическое упражнение «Гости». Театрализованные сценки «Кошкин дом»
Декабрь. 5-я неделя Новый год. Зимние забавы.	«Двенадцать месяцев»	Песня о Деде Морозе. Пальчиковая игра «На ёлке». Стихотворение с движениями «Двенадцать месяцев». Попевка «На лыжах». Двигательное упражнение «Мы идём». Попевка «Снегири». Игра «Как на горке снег, снег». Новогодняя полька

II. Примеры музыкально-ритмических игр для дошкольников

1. «Деревянные и тряпичные куклы» (ощущение тела).

При изображении действий и жестов деревянных кукол напрягаются мышцы ног, корпуса, рук. Движения резкие, при поворотах вправо и влево сохраняются неподвижными шея, руки, плечи. «Кукла» двигает ногами, не сгибая коленей. (Музыка энергичная).

Подражая тряпичным куклам, необходимо снять излишнее напряжение в плечах и корпусе; руки «свисают» пассивно. Тело поворачивается то вправо, то влево, руки при этом обвиваются вокруг корпуса, голова покачивается, ноги тоже поворачиваются, хотя ступни и остаются на месте. (Музыка спокойная).

2. «Мельница» (круговые движения рук).

Дети описывают руками большие круги. Движения выполняются непрерывно, несколько раз подряд, в довольно быстром темпе (руки летают как не свои). Необходимо следить, чтобы в плечах не возникло зажимов, при которых нарушается правильное круговое движение и появляется угловатость.

3. «Паровозики» (круговое движение плечами).

Руки согнуты в локтях, пальцы собраны в кулак. Непрерывное круговое движение плечами вверх-вперед-вниз-назад и наоборот. Локти от корпуса не отводятся. Амплитуда движения должна быть максимальной, при движении плеч назад напряжение усиливается, локти сближаются. Упражнение выполняется несколько раз подряд без остановки. Усложнение: дети могут выполнять движение в парах, по тройкам или небольшими группами, при этом каждый ребенок держит впереди стоящего за локти. Более сложный вариант: движение с продвижением – сначала также по одному, по парам, подгруппам и всей группой. Педагог или первый ребенок – «паровоз» и ведет за собой весь «состав».

Данная игра может выполняться на фитболах.

4. «Иголлка с ниткой» (ориентация в пространстве).

Один ребенок – «иголлка», все остальные дети – «нитка». Куда движется иголлка, туда и нитка. Сначала в роли «иголлки» становится педагог, в дальнейшем на его место встает любой ребенок.

5. «Воробьи и журавушки» (динамика и статика, баланс, равновесие).

Под быструю музыку дети весело прыгают, словно воробьи. При замедлении темпа переходят на мягкий шаг, а затем по сигналу педагога поджимают ножку, придерживая ее руками (либо одной рукой) сзади и замирают, как «журавушки», стоят в той же позе – кто дольше?

6. «Кошка выпускает когти» (мелкая моторика рук).

Руки согнуты в локтях, кисти сжаты в кулаки и приподняты вверх. Выпрямляются все пальцы и разводятся до предела в стороны («кошка выпускает когти»). Затем пальцы сжимаются в кулак («кошка спрятала когти»). Позднее следует включить движение всей руки: то, сгибая ее в локте, то выпрямляя.

7. «Затейники» (взаимодействие и общение).

Дети идут по кругу, держась за руки. Педагог в ритм музыки говорит:

«Ровным кругом, друг за другом мы идем за шагом шаг.

Стой на месте, дружно вместе сделаем... вот так».

Дети останавливаются, опускают руки. Поворачиваются лицом в круг, на центр которого выходит педагог и показывает какое-нибудь движение, все повторяют его. Два-три повтора, и выбирается новый «затейник», уже из числа детей. Начало игры идет под марш. Показ движения – без музыки. Повтор движения – под соответствующую музыку.

8. «Гномы» (импровизация, образ, выражение эмоций и поведения).

Перед началом игры вспоминаем сказку «Белоснежка и семь гномов», перечисляем всех гномов: Ворчун, Чихун, Соня и т.д. После педагог «превращает» всех детей, например, в гномов Ворчунов. Звучит музыка. Дети импровизируют в танце, стараясь выразить этот образ. Игру повторяют, дав для импровизации другой характер.

III. Примеры логоритмических игр по методике Железновых

В логоритмические упражнения входят двигательно-речевые комплексы, укрепляющие мышечный тонус, развивающие артикуляцию, диафрагмальное дыхание. Все упражнения согласовываются с логопедом. Дети, особенно с нарушениями речи, не сразу могут освоить упражнения в полном объеме, поэтому требуется многократное повторение стишков с обязательным проговариванием каждого звука. Все стихи сначала учим без музыки. Когда дети хорошо их будут знать, пробуем совмещать с музыкой.

1. «Ветер и дерево»

- Дует ветер сильно-сильно (машем ладошками на себя).
- Закачалось дерево (подняли руки вверх и машем ими).
- Ветер дует меньше-меньше (медленно руки опускаем).
- Дерево растет все больше-больше (руки поднимите и потянитесь на носочках).

2. «Кто там?»

- Стук-стук (кулачком постучали по столу).
- Кто там? (похлопали в ладошки).
- Можно в гости к вам? (открываете двери понарошку).
- Заходите, мы рады гостям (три раза похлопали в ладошки).

3. «Гости приехали»

- Мы ехали-ехали (делаете вид, что скачете на лошади).
- В гости к вам приехали (стучите, как будь-то в двери).
- Мы в дороге подустали (сели на стульчик).
- Вот сейчас мы отдохнем и опять гулять пойдем (замаршировали).

4. «Кто ходит в гости по утрам?»

- Рано утром ходят в гости только лучшие друзья (обнимаются с рядом стоящим одноклассником),
- Черепаха с толстой тростью в путь отправилась не зря (медленно поднимают ноги, имитируют шаг).

– Всех созвал зверей бельчонок, приглашения раздал. (поклоны в разные стороны).

– Мышка, мишка и крольчонок (мышка – идут на цыпочках, мишка – косолапят, крольчонок – прыгают) нарядились, как на бал (делают руками колокольчик)

– Со всех ног бежит лисица (имитируют бег) – ведь опаздывать нельзя (грозят поочередно указательными пальцами),

– Чтобы в танце покружиться, плавно по полу скользя (кружатся).

5. «Мышки»

– Вышли мыши как-то раз (идут на цыпочках, руки согнуты в кистях у груди)

– Поглядеть который час (прикладывают руку ко лбу, как будто вглядываются вдаль).

– Вдруг раздался страшный гром (хлопок в ладоши).

– Разбежались мыши вон! (разбегаются в стороны).

6. «Дружные пальчики» (пальчиковая гимнастика).

– Пять друзей все время рядом. Назовем их все, ребята:

– Сбоку, словно часовой. Этот палец звать «Большой».

– Указательный с ним рядом всем покажет то, что надо.

– Лучший друг его соседний, называется он «средний».

– У него есть постоянный друг с названием «безымянный».

– А мизинчик меньше ростом, отыскать его так просто.

7. Релаксационные упражнения с дыханием для снятия физической и эмоциональной нагрузки: Вдох-выдох (глубокий вдох носом, глубокий выдох ртом). Поочередное дыхание животом-грудью.

– Были мы голодные, спрятались животики (втягивают живот).

– Как поели каши сладкой, животы у нас в порядке (надувают живот).