

**Подготовка обучающихся с
ограниченными возможностями здоровья
и инвалидов в рамках реализации
инновационного проекта «Спорт-лидер»**

Екатеринбург

2020

Составитель: канд.пед.наук, доцент Т.А. Бобылева

Подготовка обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в рамках реализации инновационного проекта «Спорт-лидер» : Учебно-методическое пособие / Сост. Т.А. Бобылева. – Екатеринбург : [б. и.], 2020. – 150 с. – Текст : непосредственный.

© Бобылева Т.А., 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ.....	4
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	7
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДАУНА	32
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	47
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	66
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	92
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ.....	98
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	116
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	129
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	138

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Уважаемые коллеги!

При отборе обучающихся для подготовки спорт-лидеров, обратите Ваше внимание на детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – дети с ОВЗ). Среди них могут быть дети, которые имеют предрасположенность к лидерству и смогут в дальнейшем активно привлекать к занятиям физической культурой и спортом своих сверстников и членов семьи. Участие в проекте «Спорт-лидер» будет способствовать социализации ребенка с ОВЗ и реализации его способностей.

Несколько общих рекомендаций по привлечению к участию в проекте детей с ОВЗ:

✓ Выстраивая работу с ребенком с ОВЗ, Вы должны четко представлять его особенности: основной диагноз, сопутствующие заболевания, его интересы и возможности к тем или иным видам двигательной активности. Для одних детей ограничения в состоянии здоровья позволяют заниматься без ограничений дисциплинами адаптивных видов спорта, для других доступны лишь занятия лечебной физической культурой.

✓ Детям для занятий физической культурой и спортом по результатам проведенного медицинского осмотра определяется принадлежность к **функциональной группе:**

1 группа – возможны занятия физической культурой (в том числе в организациях), участие в массовых спортивных соревнованиях, занятия спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки без ограничений;

2 группа – возможны занятия физической культурой (в том числе в организациях), занятия спортом на спортивно-оздоровительном этапе

спортивной подготовки с незначительными ограничениями физических нагрузок без участия в массовых спортивных соревнованиях;

3 группа – возможны только занятия физической культурой (в том числе в организациях) со значительными ограничениями физических нагрузок.

Детям 2 и 3 функциональной группы после углубленного медицинского осмотра и консультации специалистов спортивный врач может порекомендовать виды двигательной активности, которые не противопоказаны данному ребенку.

4 группа – возможны только занятия лечебной физической культурой.

✓ В беседе с ребенком выясните, условия проживания, возможности занятий физической культурой дома, во дворе, какие спортивные сооружения и организации находятся вблизи места проживания, а также парк, лесопарк и т.д.

Выясните состав семьи. Занимается ли кто-нибудь из членов семьи физической культурой и спортом. Есть ли в семье спортивные традиции: кто-то из старших членов семьи имеет достижения в спорте, спортивные разряды, звания и как свой опыт они передают младшему поколению. Может быть, есть традиции совместного проведения досуга: скандинавская ходьба, лыжные прогулки, подвижные игры на свежем воздухе и т.д.

Есть ли у членов его семьи проблемы со здоровьем. Если да, то нужно порекомендовать ребенку, чтобы он посоветовал члену семьи с ОВЗ обратиться к врачу по поводу возможности занятий физической культурой.

✓ Если ребенок помимо уроков физкультуры еще не занимается спортом или самостоятельно каким-либо видом двигательной активности, постарайтесь смотивировать его на систематические занятия. Учитывая его индивидуальные особенности и предпочтения и рекомендации врача, можете порекомендовать ребенку тот или иной вид деятельности. Например, ребенку нравятся виды единоборств, но по состоянию здоровья ему противопоказаны контактные виды единоборств. При этом он успешно может осваивать программу катэ в киокусинкай или пхумсэ в тхэквандо.

Можно начать с того, чтобы вместе с ребенком составить комплекс утренней гимнастики или для ребенка, отнесенного к 4 группе, комплекс лечебной физической культуры, включить ежедневное его выполнение в режим дня ребенка. Посоветовать привлечь к выполнению комплекса членов семьи (если у них нет противопоказаний к выполнению данных упражнений). Предложить ребенку организовать членов семьи для проведения совместного досуга в выходные дни, выбрав вид двигательной деятельности, доступный для всех членов семьи.

✓ Давая ребенку рекомендации по его самостоятельным занятиям или для членов его семьи, помните, что главное условие при работе с лицами с ОВЗ не навредить.

В помощь наставникам в библиотеке представлены методические материалы. В качестве спорт-лидеров не будут привлекаться дети с расстройством аутистического спектра, синдромом Дауна, умственной отсталостью средней и тяжелой степени, множественными тяжелыми нарушениями, некоторыми соматическими заболеваниями. Но лица с данными нарушениями могут оказаться среди членов семьи спорт-лидера и привлекаться к систематическим занятиям физической культурой при участии членов семьи. В связи с этим в методических материалах представлены психолого-педагогические характеристики различных нозологических групп.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Психолого-педагогические особенности лиц с соматическими нарушениями

Один из ведущих показателей состояния здоровья подрастающего поколения и факторов детского благополучия – его физическое развитие, под которым понимают состояние морфологических и функциональных свойств и качеств, а также уровень биологического развития, отражающие динамику процесса обусловленных возрастом изменений размеров тела, телосложения, внешнего облика, мышечной силы и работоспособности.

При таком подходе, опираясь на предложения С. М. Громбаха, к признакам здоровья относят:

- отсутствие в момент обследования какой бы то ни было болезни;
- отсутствие склонности к заболеваниям (устанавливается по частоте и характеру заболеваний в предшествующий период);
- гармоничное и соответствующее возрасту физическое и психическое развитие;
- нормальный уровень функций, и в первую очередь тех, которые определяют достаточную резистентность организма к неблагоприятным воздействиям.

Индивидуальная оценка физического развития детей в этом случае позволяет выделить **3 группы риска**:

к **1-й группе риска** относятся дети с нарушениями сроков возрастного развития при сохранении его гармоничности, а также дети, имеющие биологический возраст, соответствующий паспортному, но характеризующиеся дисгармоничностью вследствие недостатка массы тела;

во **2-ю группу риска** входят дети с нарушением сроков возрастного развития, сочетающимся с дисгармоничностью морфофункционального

состояния, а также дети с соответствием биологического возраста паспортному, но с избытком массы тела;

в 3-ю группу риска входят все дети, имеющие резкую дисгармоничность физического развития как при соответствии биологического уровня развития паспортному возрасту, так и при его нарушении.

Эти данные убедительно свидетельствуют, что физическое развитие служит важным показателем здоровья детей и подростков.

Определяющую роль в изменениях состояния здоровья детского населения играют 3 группы факторов: генотип популяции, образ жизни, состояние окружающей среды.

Исследования, проведенные многими научными коллективами, в том числе и Научным центром здоровья РАМН, свидетельствуют о том, что здоровье школьников, проживающих в различных регионах России, прогрессивно ухудшается. За последнее десятилетие доля детей и подростков, здоровых и имеющих только функциональные отклонения, уменьшилась в 1,5 раза. Соответственно увеличилось количество школьников с хроническими болезнями. Уровень здоровья школьников определяет высокая распространенность морфофункциональных расстройств (25-35%), хронических болезней (50-70%), нарушений психического, физического и репродуктивного развития, значительная острая заболеваемость. У подавляющего большинства современных школьников выявляют функциональные и хронические нарушения, затрагивающие 2-5 систем организма.

За последнее десятилетие существенно изменилась структура заболеваемости: в наибольшей степени возросли заболевания эндокринной и костно-мышечной систем, нарушения питания и расстройства деятельности иммунной системы, психические расстройства, болезни и функциональные расстройства органов пищеварения.

Резко возросло количество выпускников школ, имеющих ограничения и прямые противопоказания к освоению выбранных ими профессий в связи с нарушениями в состоянии здоровья. По данным Научного центра здоровья

РАМН, количество учащихся 9-11 классов, имеющих профессиональные ограничения в большей или меньшей степени, составляет почти 80%.

Это способствовало введению в научный обиход понятия «ослабленный ребенок», то есть тот, который в силу своей физической слабости не имеет возможности без ущерба для здоровья или общего развития обучаться только в нормальной школе, нуждается для этого в специальных условиях. В свою очередь, для того, чтобы создать такого рода условия в оздоровительно-образовательных учреждениях требуется знание особенностей детей с соматическими нарушениями. Современный уровень педиатрии, педагогики и психологии позволяет сделать это.

Прежде всего, следует уточнить, кого из детей следует отнести к данной группе. Помочь в этом может «Приложение №2 Минздрава России (2003) – “Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно (по результатам профилактических медицинских осмотров)”».

На основании этого документа дети могут быть отнесены к следующим группам здоровья:

I группа здоровья: здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

II группа здоровья: дети, у которых нет хронических заболеваний, но присутствуют некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты после перенесенных тяжелых и среднетяжелых инфекционных болезней; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела; дети, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

III группа здоровья: дети с хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или

компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, не ограничивающими возможности обучения или труда ребенка, в том числе в подростковом возрасте.

IV группа здоровья: дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; дети с высокой вероятностью осложнений основного заболевания; дети, у которых основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

V группа здоровья: дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы часто нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении. Контроль за состоянием их здоровья осуществляется при профилактических осмотрах, в промежутках между

осмотрами оценку динамики состояния делает педиатр, работающий в образовательном учреждении, а при его отсутствии – участковый педиатр с учетом результатов ежегодного доврачебного скрининг-тестирования в образовательных учреждениях. При выявлении признаков усиления функциональных расстройств педиатр самостоятельно проводит лечебно-коррекционные мероприятия или направляет на обследование к врачам-специалистам.

Таким образом, процесс и результаты социализации детей с соматическими нарушениями наряду с общими будут иметь особые, специфические, характерные черты и рожденные ими проблемы. По мнению Р. Е. Бермана и В. К. Вогана, такими **проблемами** являются:

1. Как острые, так и хронические заболевания часто вызывают у подростков состояние утомления и «эмоциональную тупость» на грани депрессии. Даже тривиальная вирусная инфекция сопровождается состоянием депрессии и раздражительностью в течение многих дней или недель после исчезновения других признаков и симптомов заболевания. Эмоциональное и социальное состояние, способность к обучению могут медленно нормализоваться. Больные в этом случае нуждаются в помощи и поддержке со стороны родителей и учителей, а родители, в свою очередь, должны получать поддержку со стороны лечащего врача.

2. Такие события, как развод родителей, болезнь члена семьи, замена школьного учителя, изоляция от друзей или смерть любимого человека, всегда оказывают действие на ребенка. Даже если реакция ребенка минимальна, на нее следует обратить внимание. То, как ребенок переносит разлуку или потерю, представляет собой важную информацию о его психосоциальном статусе и способности к адаптации. Отсутствие реакции или минимальная реакция на такие события еще не свидетельствуют о его оптимальной адаптации. Взаимоотношения должны быть важны для ребенка, на них он должен учиться свободно проявлять свои эмоции в тех случаях, когда прерываются или прекращаются важные для него взаимоотношения с окружающими.

Специфические способы проявления привязанности членов семьи относятся к важным детерминантам, определяющим характер выражения ребенком положительного отношения к окружающим. Определение «холодные» или «равнодушные» родители встречается довольно редко, но в жизни они встречаются чаще, что зависит от условий, в которых они могут или не могут физически, вербально или эмоционально проявлять свои чувства. Такие данные могут помочь правильно оценить отношения в семье и могут быть использованы при планировании определенных мероприятий, направленных на поддержание отношений между членами семьи.

В предупреждении ухудшения здоровья детей с соматическими нарушениями огромное значение играет понимание того, как ребенок реагирует на болезнь.

Заболевший ребенок, как правило, отличается от здорового. У него меняется настроение, он может стать подавленным, раздражительным, плаксивым, либо тревожным, беспокойным и реже беспечно-благодушным. Однако может расстраиваться не только эмоциональное состояние. Иногда появляются и упорствуют мысли о тяжести заболевания, о его исключительности, о невозможности излечения или напротив, о его незначительности и несерьезности. В связи с этим отношение к лечению оказывается либо адекватным и даже зависимым, либо пренебрежительным и отвергающим процедуры, манипуляции и медикаменты. У многих детей нарушается поведение. Они перестают играть, утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми. Дети не получают радости от совместных игр и развлечений. Иногда происходят и более выраженные нарушения контактов, что приводит к уединенности больных детей, не стремящихся более к обществу сверстников и старших. Они могут тяготиться теми ограничениями, которые на них налагает болезнь. Нередко дети отказываются от выполнения режима, не подчиняются старшим, упрямятся. Рисунок их поведения нарушается шалостями, а иногда и неожиданными и неуместными поступками.

Описанные переживания и нарушения поведения у больных детей – своеобразные проявления реакции детской личности на возникшую болезнь.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей также как событие исключительное. Современные семьи, как правило, малодетны и поэтому болезнь единственного или даже одного из двух-трех детей превращается в драму. Повышенное беспокойство современных родителей объясняется просто. К единственному ребенку обычно возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не только продолжателя рода, но и того, кто исполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки. С ним связываются надежды на поддержку в старости. Для многих, таким образом, утрата единственного чада – не просто потеря близкого, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создаются оранжерейные условия воспитания, он оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям ребенка. Крайне сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней, а при их появлении – плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут стараться использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные родители нередко недостаточно уделяют внимания ребенку вообще, и во время болезни в частности.

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не хватало заботы, внимания, руководства, то и во время болезни в такой семье его не обеспечат всем

необходимым. В то же время некоторые родители, поняв, что они до болезни ребенка недостаточно окружали его заботой, мало уделяли времени, перестраиваются и создают ему все необходимое. В тех же семьях, где ребенок окружен чрезмерным вниманием, соответственно во время болезни забота усиливается.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делает мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создает атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него улучшается настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, не только верящие в отдаленный успех лечения, но и осознающие правильность всего того, что ему назначается.

Следует отметить, что болезнь, пришедшая в дом, меняет не только установленный порядок жизни, отношения взрослых, но и самого ребенка. Изменения происходят не только в теле, внутренних органах, но и в его психике, настроении, поведении. Процесс выздоровления напрямую связан с душевным состоянием ребенка. Заболевшие дети различно переносят свою болезнь, но нет ни одного ребенка, у которого бы на нее не возникла та или иная реакция. Эта реакция даже маленького ребенка достаточно сложна. Она складывается из оценки и переживания множества местных болезненных ощущений, общего самочувствия, самонаблюдения, представлений о своей болезни и ее причинах. В связи со сложностью, эта реакция личности больного на заболевание получила название **внутренней картины болезни**. Ее формирование у детей отличается от такового у взрослых тем значительно, чем младше ребенок. Внутренняя картина болезни, в зависимости от содержания, может действовать и положительно, и отрицательно, она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость. В некоторых

случаях она оказывается причиной серьезных переживаний, иногда приводящих к развитию невротических расстройств.

Внутренняя картина болезни у детей формируется иначе, чем у взрослых. Это зависит от ряда особенностей. Прежде всего, на оценку и переживания болезни влияют умственные способности ребенка. Понимание происходящего в организме и представления о болезненных процессах зависят от уровня развития мышления и поэтому, как правило, связаны с возрастом. Возможность оценки болезненных переживаний зависит также от развития представлений о своем теле. Если что-либо помешает этому, например, перенесенное заболевание центральной нервной системы, неправильное воспитание, то это послужит препятствием к правильной оценке болезненных ощущений. Необходимо уметь систематизировать и объяснять свои впечатления и переживания, связанные с болезнью. Отсутствие или недостаток таких способностей приводит к тому, что будет создана искаженная внутренняя картина болезни. Требуется также значительные волевые усилия. Без них невозможно сосредоточиться на своих переживаниях, сопоставить их с пережитым прошлым, т. е. дать им оценку.

Представления детей о влиянии лекарственных средств на организм и о самом процессе лечения своеобразны: дошкольники боятся переливания крови, так как думают, что «вытечет вся кровь», а внутривенных инъекций – из-за возможности «утонуть». Большинство детей не представляют, как они могли бы помочь своему выздоровлению. Только меньшая часть предполагает, что пребывание в постели – одно из условий выздоровления. Треть же обследованных лечение понимают как наказание или что-то враждебное. Очень немногие дети относят к лечебным воздействиям прием лекарств через рот и ограничение активности, но значительно чаще – хирургические операции. Дети требуют специального объяснения необходимости приема лекарства и создания положительного эмоционального отношения к лечению в целом.

Понимание роли медицинского персонала в процессе лечения различно не только в зависимости от психической зрелости ребенка, но и от

предшествующего опыта лечения, культуры семьи и психологической атмосферы в ней. Дети нередко просят медсестер быть рядом с ними при врачебных осмотрах, а по завершении острого периода болезни с благодарностью вспоминают их и врачей. Понимание роли врачей с возрастом становится все более четким.

Информация о переносимой в данный момент болезни может быть получена от родителей, других взрослых, сверстников, из школьной программы и книг, радио- и телепередач. Для ребенка наиболее эмоционально значимы сведения, получаемые от родителей. Именно к ним он обращается за разъяснениями, они водят его в лечебное учреждение и приглашают врача. С малых лет ребенок верит в непогрешимость родительских сведений. Отсюда ясно, что как общая, так и медицинская культура семьи, определяющая представления о болезни, будет участвовать в формировании отношения к болезни у ребенка. Иллюстрацией такого влияния может быть утрированная забота о ребенке, проявляемая ипохондричными родителями, которые «трясутся» не только из-за собственного, но и из-за его здоровья. Именно в этих случаях у ребенка, не способного проверить правоту родительских опасений из других источников, возникает пессимистическая оценка своего заболевания, отражающая общую атмосферу в семье.

Влияние других взрослых, в первую очередь, зависит от их положения по отношению к детям. Если ребенок глубоко привязан, например, к воспитателю детского дома, интерната, то взгляд взрослого на болезнь будет принят ребенком без особенной критической переработки.

Оценки прочих людей могут отразиться на внутренней картине болезни лишь при особой внушаемости ребенка.

Более старшие дети много времени проводят в группах сверстников. Мнения товарищей о болезни, подчас наивные, а иногда и нелепые, могут стать составной частью отношения к болезни.

Старшие дети знакомятся с научно-популярными программами радио, телевидения, статьями в журналах и книгами. Однако эти источники без

комментариев взрослых не только не приводят к желаемому результату, но и часто осложняют положение. Дети нередко неправильно понимают информацию, не умеют ее применить для облегчения своего состояния, пугаясь того, что узнали. Еще большие затруднения испытывает тот, кто не может получать правильную информацию о болезни в семье и, столкнувшись с новыми для него понятиями, должен менять свое отношение к болезни. Возникающий конфликт приносит дополнительные психологические трудности и препятствует созданию адекватной внутренней картины болезни.

Преобладающее эмоциональное отношение, вытекающее из особенностей личности ребенка, также может оказаться решающим при формировании внутренней картины болезни. У детей с невропатическими или истероидными чертами (робостью, эмоциональной слабостью, взрывчатостью или неустойчивостью под влиянием предрасположенности и воспитания) формируются те или иные преобладающие эмоции и направленность интересов, определяющие различное отношение к болезни.

В связи с особенностями эмоциональных отношений могут возникнуть **три типа внутренней картины болезни**: 1) гипонозогностический – с эмоциональной недооценкой симптомов, игнорированием болезни, завышением ожидаемых результатов лечения; 2) гипернозогностический – с избыточной эмоциональной напряженностью связанных с болезнью переживаний, преувеличением тяжести проявлений заболевания, неверием в успешность лечения; 3) прагматический – со стремлением к реальной оценке заболевания и его прогноза, хорошим контактом с врачом и желанием выполнять все лечебные предписания. Были описаны различные варианты реакций детей на болезнь: тревожно-фобический, депрессивно-астенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогностический.

Все эти типы отношения к болезни, наблюдающиеся в детском возрасте, формируются не только благодаря эмоциональной, но и интеллектуальной оценке своего состояния. Из-за недостатка или неправильности сведений о болезни, из-за невозможности критического отношения к переживаемому, из-за

фиксации на определенных частях тела у взрослых и у детей возможно искажение внутренней картины болезни.

На формирование отношения к болезни также оказывают влияние сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. К их числу, в первую очередь, относится направление в больницу, которое сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных или иных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования. У детей до 11 лет сама госпитализация, даже без связанных с болезнью и лечением переживаний, возбуждает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед больницей подготовку. Причина этого страха в отрыве ребенка от людей, к которым он наиболее привязан. При этом, чем больше самостоятелен ребенок, тем выше его способность быть одному, вдали от близких. Прекращение посещения детского сада или школы, нарушение обычного ежедневного режима, все это вместе с отрывом от родителей, братьев и сестер, товарищей по играм и учебе, от привычных вещей и занятий нарушают у ребенка чувство безопасности и уверенности в своем благополучии. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в больницу, природы заболевания, подготовки перед направлением в стационар, посещения родителей, проводимых лечебных процедур, средств, используемых для ослабления тревоги у ребенка, реакции родителей, восприятия ребенком госпитализации.

Дети первой половины года при госпитализации страдают не только от разлуки с матерью, обеспечивающей их физические и эмоциональные потребности, но и от наличия чужих лиц, что приводит к тревоге, нарушению поведения, ослабляет возможности активности и обучения. После 6-7 месяцев, когда уже возникла привязанность к матери, ребенок при отделении от нее не получает необходимых для него подтверждений ее существования, что ведет к тревоге. Ребенок 2-4 лет, хотя уже предполагает, что родители к нему вернутся, но из-за неразвившихся представлений о времени не знает, когда это случится,

и потому очень тревожится, часто не может устанавливать новые отношения на новом месте. Реакции ребенка до 5 лет на госпитализацию могут быть затяжными. После выписки у 1/5 детей обнаруживают трудности приспособления, нарушения поведения, раздражительность, непослушание, расстройства сна, реже – непроизвольное мочеотделение, эмоциональную взрывчатость, расстройства аппетита, речевые дефекты.

Чтобы уменьшить психическую травму в связи с госпитализацией, в процессе подготовки к ней ребенку следует по возможности понятно объяснить все, что с ним произойдет в больнице, тогда и внутренняя картина болезни будет более адекватной. Значительно уменьшают тревожное напряжение ребенка в больнице посещения родителей и близких (братьев, сестер, других родственников).

Таким образом, становится понятно, что переживания ребенка во время заболевания могут усугубить его состояние, помешать проведению лечения, вмешаться в процесс выздоровления.

Настроение больного, а вместе с ним и его физическое состояние могут ухудшаться в связи с чрезмерным чувством вины, которое испытывает ребенок перед родителями за то, что возникло заболевание.

Ухудшение общего самочувствия маленького ребенка может быть следствием боязни, что родители оставили его в больнице навсегда. Пессимистическое представление об исходе заболевания, как правило, утяжеляет его симптомы и в действительности затягивает выздоровление. На течении заболевания может сказаться неблагоприятная обстановка в семье. Постоянные волнения, например, из-за непрекращающихся конфликтов резко ухудшают эмоциональный фон, а вместе с ним и силу сопротивляемости организма против болезни.

Особыми чертами характеризуется и психорегуляция учебной деятельности детей с соматическими нарушениями, как доказывает в своем исследовании В. А. Штраус. Автор, в частности, подчеркивает, что дети с соматическими нарушениями вследствие ситуации болезни отличаются от

здоровых сверстников особенностями физического и психического развития. При этом развитие ребенка с соматическими нарушениями не замедлено, а является качественно иным. По мнению ряда исследователей, (Б.С. Братусь, Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева), субъективно тяжелое соматическое заболевание качественно меняет социальную ситуацию развития ребенка: меняется объективное место, занимаемое им в жизни (в силу изменения его возможностей и ограничения контактов с другими людьми), внутренняя позиция по отношению к себе и окружающей действительности, что влечет за собой изменение личности. У детей с соматическими нарушениями заметно меняется отношение к окружающему миру, наблюдаются изменения в развитии самосознания, в динамике познавательной деятельности. Подобные изменения в развитии отражаются на уровне осознания ребенком состояния здоровья и развитии уверенности в себе. Данные изменения наблюдаются в большей мере в подростковом периоде. Отношение к учебной деятельности младших подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, и ее продуктивность зависят от своеобразия индивидуально-психологических особенностей их личности, участвующих в психической регуляции учебной деятельности. Развитие качеств и особенностей личности подростков, участвующих в психической регуляции учебной деятельности, позволит изменить отношение учащегося к себе, к деятельности, к болезни и будет способствовать выздоровлению учащихся-подростков.

Дети с соматическими нарушениями, вследствие ситуации болезни, отличаются от здоровых сверстников особенностями не только физического, но и психического развития. Как правило, хронические заболевания в подростковом возрасте сопровождаются качественно иным формированием личности, так как именно в этот период происходит основное становление ребенка как личности, а движущей силой этого развития является собственная деятельность ребенка по овладению действительностью, опосредованная его отношениями со взрослыми. Психическая деятельность больного ребенка меняется не потому, что при соматических нарушениях начинают действовать

какие-то особые психические механизмы, а потому, что те же самые механизмы действуют в особых вызванных и измененных болезнью условиях. При этом болезнь является лишь биологической предпосылкой изменения личности. Серьезное и длительное соматическое нарушение приводит к общим стойким изменениям внутреннего мира ребенка и всего его психического облика.

Характерной особенностью младших подростков, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, является эмоциональная неустойчивость в ситуациях опроса, выполнения контрольных заданий, экзаменов, недостаточное развитие эмоционально-волевой и коммуникативной сфер личности, несформированная или заниженная самооценка, повышенная тревожность, блокирование эмоций, несформированность собственной системы ценностей, зависимость от лиц значимого окружения, от мнения окружающих. Наличие указанных характеристик личности таких детей, на наш взгляд, снижает их социальную активность и успешность в различных видах деятельности, на что необходимо обратить внимание при организации учебно-воспитательной работы с данными учащимися.

Характерными особенностями младших подростков с хроническими заболеваниями без нарушения дыхания являются: пассивность, вялость, безынициативность в ситуациях опроса, выполнения контрольных работ, экзамена, высокая эмоциональная чувствительность, напряженность, эмоциональная незрелость, неуверенность, тревожность, сниженная целеустремленность, безынициативность, низкая самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам. Данная ситуация приводит к снижению продуктивности и активности больного ребенка в целом, что ведет за собой снижение настойчивости, самостоятельности, организованности, инициативности, познавательной активности, трудолюбия, самоконтроля.

Для младших подростков, предрасположенных к развитию хронических заболеваний дыхательной системы, характерны следующие личностные особенности: эмоциональная устойчивость, уверенность в себе. Следует отметить, что данная группа испытуемых имеет, с одной стороны, более высокие

показатели по вышеуказанным параметрам по сравнению с хронически больными подростками, а с другой – отмечается снижение результатов этих характеристик по сравнению со здоровыми детьми. Такие дети не полностью задействуют свой энергетический потенциал и жизненные силы организма по борьбе с болезнью, что происходит в ситуации хронического заболевания, поэтому они более активны и успешны в различных видах деятельности, в том числе в учебной и внеучебной. При этом они готовы к успешному выполнению деятельности, но в процессе ее выполнения они неактивны и неторопливы, что оказывает негативное влияние на конечный результат. В процессе общения подросткам данной группы свойственна высокая конформность и зависимость от мнения окружающих.

Исследование качеств личности хронически больных подростков, обеспечивающих перспективу их личностного развития, позволило автору выявить определенные различия в восприятии учащимися качеств реального и идеального школьника, а также взрослого человека, добившегося успеха.

При оценке качеств своей личности младшими подростками с хроническими заболеваниями дыхательной системы доминирующую позицию занимала «воспитанность» (ее в своих ответах выделяют 83% всех опрошенных подростков), «любопытность» (71%) и «послушание» (70%), что подтверждено результатами экспериментального оценивания. Вышеназванные качества подростки отмечают и у идеального школьника, однако первое ранговое место в иерархии личностных качеств занимает «организованность». Данный факт следует учитывать при организации воспитательной работы с данным контингентом учащихся. При рассмотрении качеств личности взрослого, имеющего успех в жизни, связанных с перспективой личностного развития, первые ранговые места занимают «ответственность» (70%) и «добродетель» (61%). Можно предположить, что данные качества у испытуемых недостаточно развиты, на что следует обратить внимание педагогов, психологов и родителей. При этом в структуре взаимоотношений «ребенок – взрослый» такие дети испытывают дефицит доброжелательного отношения.

При оценивании себя младшие подростки с хроническими заболеваниями без нарушения дыхания на первое ранговое место в иерархии качеств личности ставят «воспитанность» (100%), «доброта» (100%), «организованность» (79%) и «трудолюбие» (78%). При оценке качеств идеального школьника испытуемые выделяют «воспитанность» и «трудолюбие» (53% и 61% соответственно). При оценке успешного взрослого первое ранговое место занимает «доброта» (51%).

В оценке себя у младших подростков группы риска выделяются качества, характеризующие организационно-деятельностную (морально-нравственную) сферу: «воспитанность» (72%), «доброта» (60%), «честность». При оценивании идеального школьника доминирует «воспитанность» (72%); при оценке успешного взрослого первые ранговые места занимают «творческий подход в деятельности» (83%), «способность быстро привыкать к новому окружению и новым условиям» (63%), «независимость» (61%), «познавательная активность» (61%), «ответственность» (60%), «умение совместно работать» (60%), «открытость» (60%), «прямота» (59%). Последнее указывает на отличие от первых двух групп. Испытуемые данной группы выделяют ряд показателей, занимающих ведущие места, которые, на наш взгляд, востребованы в настоящих социальных условиях, что позволяет говорить о наличии более сформированных представлений подростков о реалиях современного общества и, может быть, о своем будущем.

Поэтому, В. А. Штраус рекомендует в работе с такими детьми широко практиковать:

- ✓ Групповые занятия, направленные на снятие эмоционального и физического напряжения и мобилизацию физических сил организма: релаксационная гимнастика. Дыхательная гимнастика, психогимнастические упражнения поддерживающего и укрепляющего характера, выполняемые в условиях водной среды (в бассейне) и связанные с регуляцией дыхания.
- ✓ Групповые занятия, направленные на оптимизацию уровня развития эмоциональной сферы подростка с соматическими нарушениями.

- ✓ Групповые занятия, направленные на совершенствование значимых для ребенка свойств и качеств, способствующих формированию успешного коммуникативного поведения и уверенности в себе.

Т. И. Миронова, Н. П. Фетискин, сосредоточив главное внимание на изучении групповых процессов в лечебно-образовательных учреждениях, на основе контент-анализа тематических сочинений «Восприятие себя в период болезни» и «Моя болезнь и окружающие люди» предприняли попытку составления личностного и обобщенного группового психологического портрета детей с соматическими нарушениями. В ходе контент-анализа указанных сочинений и обработки опросных данных было выявлено три типичных структурных компонента: перцептивная самооценка, формы эмоциональных переживаний и поведения, виды актуализированной поддержки. Характеризуя результаты самоперцепции, авторы отмечают, что почти все выделенные личностные качества имеют негативную модальность и высокую степень выраженности. Так, более 80%-ю выраженность имели следующие эмоционально-личностные особенности: беспомощность, раздражительность, неполноценность, ненужность, подавленность, слабость, замкнутость, апатичность.

Среди особенностей негативной самооценки они выделили и такое качество, как внешняя «непривлекательность». Оно встречалось у 76% госпитализированных детей. Как правило, это отмечалось в следующих формах: «думаю, что кажусь окружающим очень некрасивой»; «испытываю недовольство собой, своим внешним видом из-за насморка и чихания»; «во время болезни воспринимаю себя дряхлой старушкой».

Должного внимания в структуре перцептивной самооценки заслуживает и высокое проявление замкнутости, которое находит свое выражение в стремлении к уединению (97% случаев). По мнению В. А. Барабанщикова, при стрессе у людей изменяется не только характер физиологической и психологической активности, но и показатели активности общения.

Объяснение негативной перцептивной самооценки детей в период болезни, очевидно, следует искать в доминирующем воздействии двух факторов эмоционального стресса: дискомфортные переживания, связанные с госпитальной десоциализацией (беспомощность, ненужность, неполноценность, неудачливость или неуспешность) и неготовность принятия дискомфортных условий жизнедеятельности и социально-ролевых позиций, а также стрессового дискомфорта на уровне возрастающего чувства острой тоски. Интеграция этих стрессогенных факторов в период начальной госпитализации, видимо, и обуславливает негативизм перцептивной структуры личностной самооценки.

Специальное исследование индивидуального и группового настроения подтвердило объективность выше отмеченных результатов и отличие эмоционального фона в обычных детских временных объединениях и ВЛОГ. Так, вместо «фестивального настроения», характерного для временных детских объединений (Б. Я. Гиндис и др.), в исследуемых группах первоначальный период протекал на фоне острого эмоционального стресса, в форме страха, высокой тревожности, депрессии, печали и раздражительности. Результаты исследования группового настроения по методике «цветопись настроения» (А. Н. Лутошкин) на 48-ми ВЛОГ убедительно подтвердили гипотезу о несовпадении индивидуального и группового настроения. Максимальное различие этих настроений наблюдалось в начальном и на завершающем этапах госпитализации. Максимальное совпадение динамики настроения было характерно для ВЛОГ, находящихся на среднем этапе госпитализации, – «адаптивное вживание». В целом сопоставление динамики эмоциональных состояний в ВЛОГ и других детских объединениях позволяет говорить о наличии существенного эмоционального контраста между ними. Для ВЛОГ является типичным доминирование острой негативной эмоциональной модальности (особенно в первоначальный период госпитализации), с последующим маятникообразным развитием в зависимости от стадий

группового развития по следующей схеме доминирующих модальностей: «негативная – позитивная – негативная».

В ходе анализа разнообразных эмпирических данных было выявлено три группы референтных барьеров, оказывающих значимое влияние на процессы групповой динамики детей с соматическими нарушениями в период их госпитализации. Первую группу составили депривационно-стрессогенные условия госпитализации (изоляция от ближайшего социального окружения, однообразие больничной жизни, пространственно-бытовой дискомфорт и др.). Среди личностных барьеров следует отметить негативное влияние преобладания в ВЛОГ (начальный и конечный этапы госпитализации) неблагоприятных эмоциональных состояний, ситуативное снижение личностной самооценки, способствующей проявлению пассивности и защитных мотивов в познавательно-коммуникативной деятельности. Содержание социально-психологических барьеров составили доминирование пассивно-ролевой позиции «Я – больной» и пассивно групповой направленности, ограниченные возможности для совместной деятельности, сменность состава в ВЛОГ, отсутствие организующего формального ядра в этих группах и доминирование индивидуально-совместной деятельностиной формы.

Обобщая полученные эмпирические данные, авторы отмечают, что выявленная динамика общения в ВЛОГ существенно отличается от динамики общения здоровых детей, находящихся в условиях большей комфортности и соревновательной активности.

Принимая во внимание тот факт, что одной из основ жизнедеятельности и формального образования ВЛОГ является учебная деятельность, было бы целесообразно остановиться на некоторых ее особенностях. Говоря об обучении детей в больничных условиях, следует отметить, что современное обучение детей в больничных условиях мало чем отличается от общеобразовательной школы – оно носит классно-урочный характер со всеми содержательными и организационными особенностями. Вместе с тем, болезненный ребенок, тем более класс больных детей, требует специальной

подготовки учителя и, прежде всего, социально-психологической для работы с такими детскими объединениями.

Кроме того, обучение детей осуществляется во взаимосвязи с адаптацией к новой социальной среде (медперсоналу, лечебным процедурам, педагогам и сверстникам, изолированности от привычного окружения, комфорта, жесткий режим и др.), нередко проходит на фоне стрессов, депрессии, невротизма или конфликтности и фобий. Медперсонал, ориентированный на излечение, воспринимает этот эмоциональный фон как привычное явление, проходящее по ходу улучшения состояния здоровья. Однако, помимо лечения, дети в этот период должны еще и учиться. Обучение проходит в обычной классно-урочной форме. И, несомненно, весь негативный эмоциональный фон проявляется именно в процессе учебной деятельности. Обычно это выражается в форме отказов от выполнения домашних заданий, в психосоматических защитных реакциях, аутичности, пассивности и др., в связи с чем возникает потребность исследования не только самой феноменологии данных временных лечебно-образовательных групп, но и разработки оптимальных социально-психологических условий, способствующих оптимальному воздействию в системах: «педагог – учащийся», «учащийся – учащиеся».

Перечисленные выше факты дают основание полагать, что не только условия госпитализации характеризуются депривационностью, но и образовательный процесс в том числе.

Образовательная депривация в условиях госпитализации объясняется и другими причинами. Одной из них может быть конфликтность ролевых позиций. На внутриличностном уровне это проявляется на соотношении позиции «Я – больной», «Я – школьник», «Я – ученик», «Я – личность». В первоначальном периоде доминирует позиция «Я – больной». Затем, по мере выздоровления, эта позиция нередко выступает как защитно-имитационная. Конфликтность этой квазипозиции переносится в сферу взаимоотношений «ребенок – медперсонал», «ребенок – педколлектив». Причем в этой ситуации позиция «Я – больной» (имеется в виду «Я – квазيبольной», на средней и конечной стадиях

госпитализации) резко возрастает в позиции «Я – личность», сопряженная с правами больного человека на облегченную деятельность, щадящий режим, сострадание и соучастие.

Следовательно, переживания психологического и соматического стресса в сочетании с социальной депривацией, гиподинамией, дискомфортом и психологическим вакуумом, несомненно, требуют разработки и применения самых разнообразных и дифференцированных форм социально-психологической поддержки детей с соматическими нарушениями.

Для детей в период болезни актуализированными формами поддержки являлись моральная поддержка (80% случаев), внимание (65%), предложение помощи (40%), доброжелательные советы (93,5%) и интерес к самочувствию (20%) в период госпитализации. Они в большей степени нуждались в заботе (100%), поддержке (97%), ласковых обращениях (84%), понимании (62%). Что же касается помощи в виде советов, приобретении лекарств, проявлении жалости, то они не превышали уровень 40% случаев.

Таким образом, отметим, что в отношении детей и подростков с соматическими нарушениями необходимо, организуя воспитательную работу, учитывать все тонкости их состояния здоровья, факторов, влияющих на его неухудшение, готовить к работе с такими детьми медицинский персонал, родителей, педагогов и самих больных детей. Чтобы этот процесс протекал успешно, нужна модель как предполагаемый образ действия, который учитывает многообразие факторов влияния.

В настоящее время установлены ограничения и абсолютные **противопоказания** к занятиям адаптивной физической культурой. В большинстве случаев противопоказания определяются различными заболеваниями внутренних органов и касаются инвалидов всех категорий, независимо от причины наступления инвалидности. К этим противопоказаниям относятся:

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;
- сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты; миокардиты любой этиологии; декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости; сердечно-сосудистая недостаточность; гипотоническая болезнь II и III стадии;
- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II—III степени, хроническое легочное сердце, декомпенсированное с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы;
- угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению); угроза тромбоэмболии;
- заболевания крови (в том числе анемия);
- последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.;
- сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;
- последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с умеренным и выраженным нарушением функции (парезы, параличи, гиперкинезы и др.), нарушения спинального кровообращения (с локализацией в шейном отделе);
- нервно-мышечные заболевания (миопатия, миастения);

- рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четкой и длительной ремиссии;
- злокачественные новообразования;
- циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчно-каменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
- мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;
- хронический гепатит любой этиологии;
- хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;
- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
- сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;
- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом, миелопатией, болевым синдромом, вертебробазилярной недостаточностью;
- психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы и прочие);
- детские церебральные параличи с резко выраженным мышечным тонусом, усеивающимся при физической активности.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Беляева, М. А. Социально-педагогическая работа с семьей ребенка-инвалида [Текст]: учеб. пособие / М. А. Беляева, И. Е. Кузнецов. – Екатеринбург, 2001.
2. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ–2017. – 58 с.
3. Курцева, Н. В. Психолого-педагогическая диагностика: практикум [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Курцева. – Краснодар: Кубан. гос. ун-т, 2011. – 278 с.
4. Основы специальной психологии [Текст]: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева [и др.]; под ред. Л. В. Кузнецовой. – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 480 с.
5. 52. Педагогический энциклопедический словарь [Текст] / гл. ред. Б. М. Бим-Бад. – М., 2003.
6. Специальная педагогика [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Беякова [и др.]; под ред. Н. М. Назаровой. – 2-е изд., стер. – М.: Академия, 2001. – 400 с.
7. Специальная психология [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. завед. / под ред. В. И. Лубовского. – М., 2003.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Психолого-педагогическая характеристика детей с синдромом Дауна

«Синдром Дауна» - самая распространенная из всех известных на сегодняшний день форма хромосомной патологии. Около 20% тяжёлых форм поражений центральной нервной системы связано с генетическими нарушениями. Среди этих заболеваний ведущее место занимает синдром Дауна, при котором умственная отсталость сочетается со своеобразной внешностью. Впервые описан в 1866 году Джоном Лэнгдоном Дауном под названием «монголизм». Встречается с частотой один случай на 500-800 новорожденных вне зависимости от пола.

Синдром Дауна диагностируют очень рано, практически с момента рождения ребёнка, поэтому с первых дней жизни такого ребёнка, необходимо окружать его вниманием и заботой.

Характерной особенностью ребёнка с синдромом Дауна, является замедленное развитие. Между людьми с синдромом Дауна больше различий, чем сходства. У них много черт, унаследованных от родителей, и они похожи на своих братьев и сестёр. Однако, наряду с этими личными особенностями, у них наблюдаются определённые физиологические черты, общие для всех людей с синдромом Дауна.

Но чем же вызван синдром Дауна? В 1959 году французский профессор Ж. Лежен доказал, что синдром Дауна связан с генетическими изменениями, вызванными наличием лишней хромосомы. Обычно в каждой клетке находится 46 хромосом, половину которых мы получаем от матери, а половину от отца.

У человека с синдромом Дауна лишняя 21-я хромосома, в итоге – 47. В результате наблюдаются нарушения в росте и психофизическом развитии ребёнка.

Психолого-педагогическая характеристика ребенка с синдромом Дауна заключается в следующем: психомоторное развитие с рождения запаздывает, это в дальнейшем влияет на появление речевой деятельности. Присутствует относительная сохранность эмоциональной сферы, дети с синдромом Дауна неплохо могут воспроизводить некоторые эмоции. Умственная отсталость у данной категории детей проявляется в различной степени и хорошо становится заметна после 2-3 лет. Дети отличаются конкретикой мышления, нарушенными вниманием и памятью. Механическая память остается более сохранной.

По отношению к другим людям в социуме они безобидны, приветливы, общительны, доверчивы. Обычно проявляют чрезмерную привязанность к своим близким и родным людям, они стараются как можно больше ухаживать за ними. Агрессивные эмоции у ребенка с синдромом Дауна можно встретить очень редко, чаще это будет зависеть от второстепенных дефектов, например, такие как умственные нарушения. Для таких детей характерно позднее половое созревание и раннее появление признаков старения.

У 80 % «солнечных» детей пониженный тонус мышц и непропорциональное строение тела. В таких условиях детям трудно координировать движения, они долго учатся ходить, часто падают, задевают предметы вокруг себя, медленнее осваивают новые движения.

Интеллектуальные возможности ребёнка с синдромом Дауна, как и его возможности в других областях развития, в прошлом недооценивались. Последние научные работы опровергают многие сделанные ранее заключения, в том числе, утверждение, что дети с синдромом Дауна обычно имеют сильно выраженное или глубокое отставание в умственном развитии. В соответствии с данными современных исследований, степень отставания большинства детей с синдромом Дауна находится в пределах от лёгкой до средней. Интеллектуальную деятельность некоторых детей можно назвать пограничной или находящейся в пределах между низкой и средней, и только совсем немногие дети имеют сильно выраженную задержку интеллектуального

развития. Из этого следует, что у детей с синдромом Дауна умственные возможности могут колебаться в широком диапазоне.

Ещё одно неверное представление связано с процессами, происходящими в зрелом возрасте. Считалось, что с возрастом умственные способности людей с синдромом Дауна постепенно снижаются. Однако, наблюдения ученых в течение нескольких лет за группой людей с синдромом Дауна, не обнаружили наличия этого явления. На основании последней информации можно заключить, что сейчас на будущее детей с синдромом Дауна можно, безусловно, взглянуть более оптимистично, чем когда-либо раньше.

Важную роль в жизни детей с синдромом Дауна в период формирования личности играет положительный опыт пребывания в детском саду. Его влияние можно сравнить с влиянием программ ранней педагогической помощи на развития этих детей.

(Потребности у всех, даже самых умных детей, могут быть совершенно разными.) Большое значение для родителей, у которых ребенок с синдромом Дауна, имеет детский сад, который, с одной стороны, является как бы продолжением семьи, а с другой стороны, реально воплощает то, что понимается под поддержкой общества, давая дополнительный стимул и ребенку, и семье.

В детском саду ребенок с синдромом Дауна приобретает разнообразные знания, умения, навыки. Дети с синдромом Дауна в различных областях развития может находиться на разных уровнях. Тем не менее, каждому из них полезно на опыте узнать, как нужно общаться с окружающими, определенная дисциплина, каждому важно как следует отработать навыки самообслуживания, общей и тонкой моторики, координацию движений, важно научиться жить с людьми разных типов и разного поведения. Одно из наиболее ценных умений, которое ребенок приобретает в детском саду, - это умение играть. Игра является естественным средством развития и усвоения знаний. Здесь дети с синдромом Дауна на первых порах нуждаются в помощи. Они должны имитировать действия и поступки, учиться делать что-то прямо в процессе

игры, и не только управлять происходящими событиями, но и вызывать их. Они должны делать выбор и делиться с другими участниками игры. На их поведение налагаются ограничения, и они должны учиться действовать совместно с другими. Все эти навыки помогают сформировать правильную модель поведения и решать задачи, которые стоят перед педагогами и родителями.

Особую проблему представляют трудности с обучением. Это означает, что учиться им труднее, чем большинству людей одного с ним возраста.

Факторы, затрудняющие обучение в школе:

- ✓ Отставание в моторном развитии – в развитии тонкой и общей моторики;
- ✓ Возможные проблемы со слухом и зрением;
- ✓ Проблемы с развитием речи;
- ✓ Слабая кратковременная слуховая память;
- ✓ Более короткий период концентрации;
- ✓ Трудности овладения и запоминания новых понятий и навыков;
- ✓ Трудности с умением обобщать, рассуждать и доказывать;
- ✓ Трудности с установлением последовательности (действий, явлений, предметов и др.).

Личность ребёнка с синдромом Дауна, как любого другого ребёнка, формируется под воздействием генетического кода, культуры и определённой среды, которую формируют люди и события. Поступив в школу, дети погружаются в процесс развития и роста, который протекает в соответствии с их способностями к взрослению и достижению успехов.

Если ребёнок имеет возможность играть со своими ровесниками, ему будет относительно легко взаимодействовать с одноклассниками в школе.

В 1-е несколько дней ответственность за то, чтобы ребёнок приспособился к новым условиям, возлагается на родителей и педагогов. Успех

их усилий во многом будет зависеть от опыта, который ребёнок приобрёл в дошкольные годы дома или в детском саду.

Многие проявления развития, которые мы ожидаем увидеть у ребёнка в дальнейшем, у ребёнка с синдромом Дауна могут и не наблюдаться, образовательная программа должна адаптироваться применительно к его способностям и особым потребностям.

Школа стимулирует развитие заложенных в детях способностей, даёт богатый опыт, пробуждает в детях интерес к окружающему миру и его изучению. Уроки, учебная среда в школе дадут ребёнку с синдромом Дауна почувствовать свою индивидуальность, научат самоуважению и доставят удовольствие. Школа также даёт детям возможность вступать в те или иные отношения с другими людьми и это становится хорошей подготовкой к продуктивному участию в жизни общества в будущем. Наконец, школа призвана заложить фундамент для практических занятий в жизни путём стимуляции развития, сформировать навыки постижения основных академических дисциплин, развития физических возможностей, навыки самообслуживания, умение говорить.

Даже после того, как ребёнок с синдромом Дауна начинает ходить в школу, у него остаётся много времени для общения с другими людьми дома и в ближайшем окружении.

Большую часть свободного времени ребёнок проводит не в школе, а дома, во дворе, в обществе. Очевидно, что он учится не только в школе; знакомство с ранее неизвестными явлениями окружающего мира, приобретение нового опыта происходит дома, во время общения с живущими по соседству людьми и с друзьями во время игр. Ребёнок с синдромом Дауна усваивает этот опыт и знания особенно эффективно в том случае, если любящие и понимающие члены семьи помогают ему использовать его потенциальные возможности в большей степени.

Ребёнок в среднем имеет более 60 часов свободного времени в неделю. Чем же может заниматься ребёнок в свободное время, чтобы развлечься и получить удовольствие? К таким занятиям следует относиться серьёзно, помимо прочего, они являются мощными средствами познания и приобретения опыта, то есть ключевыми элементом в развитии детей с синдромом Дауна. Участвуя в развлекательных мероприятиях, ребёнок может извлечь из них немалую пользу. Помимо других положительных моментов, они могут дать ему возможности ощутить успех, осознать способности собственного тела, столкнуться и попытаться решить задачи физического и умственного характера; повысить самооценку; приобщиться к жизни местного общества, посоревноваться; творчески выразить себя; завести новых друзей; развлечься, поупражняться, испытать ощущение причастности; обнаружить в себе новые таланты; улучшить спортивные навыки; развивать мышечный тонус и координацию движений, найти выход для эмоций, расслабиться, получить удовольствие.

Большое удовольствие дети получают от совместных игр со сверстниками, которые можно организовать дома.

Музыка также прекрасно помогает приятному проведению времени как в одиночестве, так и в компании. Движения помогают в развитии навыков общей моторики, учат сохранять равновесие. Они являются средством самовыражения. Ритмичные танцы улучшают координацию движений и делают сами движения более грациозными. Такие занятия доставляют ребёнку удовольствие и дают уверенность в себе на долгие годы.

Проводить свободное время можно активно и пассивно. Занятия спортом будут способствовать разностороннему развитию ребёнка, а используя свои физические возможности, он сможет повысить общий уровень своей приспособленности к жизни, выносливости, развивать мускулатуру, улучшить координацию движений качество навыков общей моторики.

Являясь полноценными членами общества, люди с синдромом Дауна могут так же, как их здоровые сверстники, вести активный образ жизни: учиться, работать.

Средства адаптивной физической культуры

Особое место в структуре реабилитационных и коррекционных мероприятий детей с синдромом Дауна занимают средства адаптивной физической культуры. Средствами адаптивной физической культуры являются физические упражнения, естественно-средовые и гигиенические факторы.

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

Одни и те же упражнения могут использоваться на тренировочных мероприятиях, лечебной физической культуры, на рекреационных и спортивных занятиях.

В соответствии с задачами **упражнения** можно объединить в следующие группы:

- ✓ связанные с перемещением тела в пространстве: ходьба, прыжки, ползание, плавание, передвижение на лыжах;
- ✓ общеразвивающие: без предметов; с предметами (флажками, лентами, гимнастическими палками, обручами, малыми и большими мячами и др.); на снарядах (гимнастической стенке, кольцах, гимнастической скамейке, лестнице, тренажерах);
- ✓ на развитие силы, быстроты, выносливости, гибкости, ловкости;
- ✓ на развитие и коррекцию координационных способностей: согласованности движений рук, ног, головы, туловища, согласованности движений с дыханием, ориентировки в пространстве,

равновесия, дифференцировки усилий, времени и пространства, ритмичности движений, расслабления;

- ✓ на коррекцию осанки, сводов стопы, телосложения, укрепления мышц спины, живота, рук и плечевого пояса, ног;
- ✓ лечебного и профилактического воздействия: восстановление функций мышц, опороспособности, подвижности в суставах, профилактика нарушений зрения;
- ✓ на развитие мелкой моторики кистей и пальцев рук;
- ✓ художественно-музыкальные: ритмика, танец, элементы хореографии и ритмопластики;
- ✓ с речитативами, стихами, загадками, счетом и т.п., активизирующие познавательную деятельность;
- ✓ направленные на развитие и коррекцию восприятия, мышления, воображения, зрительной и слуховой памяти, внимания и других психических процессов;
- ✓ прикладного характера, направленные на освоение ремесла, трудовой деятельности;
- ✓ как самостоятельные виды адаптивного спорта: фигурное катание, хоккей на полу, настольный теннис, баскетбол, мини-футбол, верховая езда.

К **естественно-средовым факторам** относится использование воды, воздушных и солнечных ванн в целях укрепления здоровья, профилактики простудных заболеваний, закаливания организма. Для детей с синдромом Дауна - это купание, плавание, ходьба босиком по массажной дорожке, траве, песку, прогулки на лыжах, на лодке, подвижные и спортивные игры на открытых площадках. Рядом авторов установлено, что для детей-инвалидов с детства плавание с первых месяцев жизни оказывает не только благотворное влияние на все функции организма, но и является эффективным средством коррекции двигательных и психических нарушений.

Гигиенические факторы включают правила и нормы общественной и личной гигиены: режим дня, соотношение бодрствования и сна, учебы и отдыха, питания, окружающей среды, одежды, обуви, спортивного инвентаря и оборудования. Для детей с синдромом Дауна важны не только знания о влиянии естественных сил природы и гигиенических факторов, но и приучение их ко всем видам закаливания, режиму двигательной активности и личной гигиене, превращая их в привычку. Даже детям, имеющим грубые нарушения моторики в виде параличей и парезов, а также часто болеющим пневмонией, ангиной, бронхитом, необходимо закаливание, сначала местное - обтирание рук, ног, а затем общее - обливание теплой водой с постепенным снижением температуры. Педагогам, воспитателям, медицинским работникам, проводящим закаливание, следует внимательно наблюдать за реакцией детей на эти процедуры - поведением, сном, аппетитом.

Формирование двигательных действий содержит две стороны: смысловую и процессуальную (двигательную). Смысловая сторона требует мышления, памяти, воображения и регулируется сознанием. Это наиболее сложная задача для детей с синдромом Дауна, так как нарушение познавательной деятельности и психических процессов, связанных с ней, и составляет основной дефект. Освоение любых движений возможно лишь в том случае, если ребенок ощущает свое тело, понимая назначение и возможности его частей, так как от этого понимания зависит формирование пространственного восприятия, дифференцировка движений и т.п. Дети с синдромом Дауна нередко с трудом осваивают представления о схеме собственного тела и, следовательно, об основных направлениях движения и пространственной ориентации.

Школьники с синдромом Дауна в большинстве своем имеют низкий соматический статус, слабое физическое развитие. Испытывая дефицит двигательной активности, они демонстрируют сниженные по сравнению со здоровыми сверстниками показатели мышечной силы, быстроты, выносливости, гибкости и особенно координационных способностей.

Основными факторами воспитания ребенка с синдромом Дауна являются воспитывающая среда, воспитывающая деятельность и осмысление ребенком себя в реальной жизни.

Эти факторы неотвратимо связаны между собой в каждом акте жизни ребенка.

Воспитывающая среда означает организацию жизнедеятельности во взаимосвязи с окружающим миром. Любая конкретная деятельность инициируется потребностями, мотивами, интересом, ценностными ориентациями, которые у детей с синдромом Дауна слабо выражены и с трудом формируются. Осмысление, самоощущение себя в реальной жизни также затруднено, так как дети имеют меньшую мобильность, ограниченные возможности коммуникации и социальных отношений. Формирование собственной самооценки, выбор ценностных ориентации для ребенка с синдромом Дауна - одна из нерешенных социальных проблем.

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

- воспитание адекватной оценки собственных физических и психических возможностей, преодоление комплексов неуверенности, неполноценности;
- воспитание осознанного и активного отношения к телесному здоровью, систематическим занятиям физическими упражнениями;
- формирование положительной мотивации, интереса к физкультурной деятельности;
- воспитание гуманного отношения к себе и окружающим, формирование межличностных отношений и коммуникативного поведения;

- воспитание ответственности, инициативы, настойчивости в преодолении трудностей;

- воспитание дисциплины, умение управлять своими эмоциями, подчиняясь общим правилам и нормам социального поведения;

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

Для детей с синдромом Дауна характерны неустойчивость и рассеянность внимания, вялость мышления, низкий уровень воображения и фантазии, склонность к штампам и стереотипам. Эти особенности психики распространяются и на двигательную деятельность. Дети приходят на занятия спортом с разным настроением: чаще пассивным и неинициативным, реже - агрессивным и конфликтным.

Для оптимизации состояния есть различные **приемы психолого-педагогической регуляции**:

- доброжелательный стиль общения, доверие, открытость педагога, выраженное внимание к каждому ребенку;

- позитивный настрой, положительная мотивация, поддержание оптимизма, эмоционального комфорта и безопасности; постановка общей цели, объединение общими интересами, организация взаимодействий детей по принципу психологической совместимости;

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

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

- суггестивные методы (методы внушения), при которых дети с синдромом Дауна без обдумывания, пассивно, без борьбы мотивов усваивают идеи и высказывания педагога (психолога); внушения касаются снятия страхов, тревоги, стресса, неуверенности, повышения работоспособности, мобилизации эмоциональной активности (Гройсман А.Л., 1998);

- использование музыки с целью снятия нервно-мышечного напряжения, ускорения восстановительных процессов, ритмической и эмоциональной настройки (Брусиловский Л.С., 1979);

- игровые методы организации занятий, активизирующие внимание, память, воображение, создающие ощущение удовольствия, радости; специальным подбором подвижных игр можно регулировать психоземotionalное состояние от снятия агрессивности до формирования эмпатии в межличностных отношениях;

- театрализованные формы занятий (сказкотерапия, сюжетно-ролевые игры, тематические игровые композиции), связанные с передвижением, воспроизведением положительных образов, совместной деятельностью, которые могут стать опорой для подражания, источником двигательной, психомоторной, социальной активности (Гройс-ман А.Л., Росляков А.Ф., 1993).

В России есть организации, которые поддерживают спортивное движение для людей с ментальными нарушениями, в том числе с синдромом Дауна. Вопрос об участии спортсменов с синдромом Дауна в соревнованиях лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИН) до сих пор оставался спорным. Федерация спорта ЛИН России, являясь национальным членом Международной федерации спорта ЛИН (INAS), выступила с инициативой о выделении отдельной классификации для спортсменов с синдромом Дауна. И со второй половины 2017 года ИНАС начат пилотный проект по экспериментальному введению дополнительных классов годности, одним из которых является класс спортсменов с синдромом Дауна. Для спортсменов с синдромом Дауна были разработаны критерии для отбора и допуска на

соревнования, а также разработан алгоритм сбора необходимой информации для подтверждения годности спортсмена.

Весной 2017 года Федерация спорта ЛИН России была зачислена в Спортивный союз лиц с синдромом Дауна (SU-DS), и теперь имеет возможность инициировать выступления спортсменов с лишней хромосомой в международных чемпионатах и турнирах по разным видам спорта среди людей с синдромом Дауна.

В Москве и регионах проводятся спортивные мероприятия, в которых могут участвовать спортсмены с синдромом Дауна по следующим спортивным дисциплинам ЛИН: легкая атлетика, плавание, велоспорт, большой теннис, верховая езда, настольный теннис, пионербол, веселые старты.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Айрапетова, Н.С. Комплексные методы физической реабилитации / Н.С. Айрапетова – М.: Физioterapia, реабилитация, 2006. – 110 с.
2. Астапов, В.М. Дети с нарушениями развития. Хрестоматия/В.М. Астапов. - М.: Международ.пед.академия, 1995. – 160 с.
3. Вернер, Д. Реабилитация детей-инвалидов [Текст] /Д. Вернер.- М., 1995. -87с.
4. Власова, Т.А. Дети с отклонениями в развитии. Методическое пособие. /Т.А. Власов, М.С. Певзнер – М., 1973. – 12 с.
5. Горская, И.Ю. Координационные способности школьников с нарушением интеллекта: Учебное пособие. /И.Ю. Горская, Т.В. Синельникова – Омск, СибГАФК, 1999. – С. 106-118.
6. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учеб. Для мед. Вузов / В.И.Дубровский.-М.: МИА, 2006. – 568с.
7. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура [Текст] / М.: Сов. Спорт 2000-238с
8. Епифанов, В.А. Лечебная физкультура: Учебное пособие для вузов. / В.А. Епифанов. - М.: Изд. Дом «ГЭОТААМЕД», 2002 г.
9. Ермолаев, Ю.А. Возрастная физиология. [Текст] / Ю.А. Ермолаев. – М.: Высшая школа, 1995 г.
10. Занков, Л.В. Психология умственно отсталого ребенка. – М.: Просвещение, 1979. – 106 с.
11. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста [Текст] /В.В. Ковалев. – М.: 1995. - 402с.
12. Коррекционная педагогика. Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений / Под ред. Б.П.Пузанова. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 160с.
13. Лечебная физическая культура: Справочник / под ред. В.А. Епифанова. - М.: Медицина, 1987. - 528с.
14. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. - М., 1995.-125с.
15. Методика физического воспитания и развития ребенка: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений [Текст] / под редакцией С.А. Козловой, издательский центр «Академия»- М., 2008. -322 с.
16. Михеев, В.В. Нервные болезни / В.В. Михеев. - М.: 1998. –451с.
17. Педиатрия: Учебник для высших учебных заведений [Текст] / под общ. редакцией Ежова Н.В.-/ Минск. 2003. – 247 с.
18. Попова, С.Н. Физическая реабилитация. Учебник для студентов высших учебных заведений. Под общей редакцией профессора С.Н.Попова. Ростов -на –Дону, 2004г.- 603
19. Рубинштейн, С.Я. Психология умственно отсталого школьника. / С.Я. Рубинштейн – М.: Просвещение, 1984. – 135 с.
20. Селуянов, В.Н. Технология оздоровительной физической культуры. / – М., 2001г.
21. Смирнов, В.М Физиология физического воспитания и спорта: Учеб. для студентов средн. и высш.учебных заведений. / В.М Смирнов, В.И. Дубровский. - М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. -608с
22. Соковня-Семенова, И.И. Основы физиологии и гигиены детей и подростков с методикой преподавания медицинских знаний [текст] / И.И. Соковня-Семенова. – М.: Академия, 1999. –144с.
23. Спортивная физкультура, лечебная физическая культура и массаж: учебник[текст] / под ред. С.Н.Попова.- М.: Физкультура и спорт, 2001. –352с.

24. Спортивная медицина: Учеб.для студ. Вузов по пед. спец.– М.: Гуманит.изд. центр. ВЛАДОС, 1999. – 479с.
25. Спортивная медицина: учеб. пособ. Для вузов[текст] / под ред. В.А. Епифанова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 336с.
26. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2т. Т.1: введение в специальность. [Текст] /под общей ред. Проф. С.П. Евсеева.- 2-е изд.,-М.: Советский спорт,2007.-291с.
27. Тур, А.Ф. Физиология и патология новорожденных детей. / А.Ф. Тур – Л., 1967. – 169 с.
28. Учебник инструктора по лечебной физической культуре для ин-ов физ.культ. [Текст] / Под ред.проф. Провосудова В.П. М.: Ф и С, 1980.
29. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений. [Текст] / Под общей ред. Проф. С.Н. Попова Изд. 2-е.-Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2004.- 608с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Несмотря на широкий спектр разнообразных врожденных, рано или поздно приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства из них наблюдаются сходные проблемы. Ведущими в клинической картине являются двигательные нарушения (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций).

Отмечают различные **виды патологии опорно-двигательного аппарата**.

1. Заболевания нервной системы:

- детский церебральный паралич;
- полиомиелит.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз (врожденное уродство).

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

Также важно отметить, что при всем разнообразии возможных нарушений опорно-двигательного аппарата (НОДА), основными формами и по степени распространенности, и по тяжести нарушений являются: детские церебральные параличи (ДЦП) и спинальные, а также ампутационные нарушения опорно-двигательного аппарата. Около 89% лиц с НОДА – это лица с ДЦП. У данной категории лиц двигательные расстройства, как правило, сочетаются с психическими и речевыми нарушениями. Поэтому большинству из них необходима не только лечебная и социальная помощь, но и психолого-педагогическая и логопедическая поддержка. Лица с другими НОДА, как правило, не имеют нарушений в вышеуказанных сферах или эти нарушения не носят сочетанного характера.

ДЦП – одно из самых распространенных нарушений центральной нервной системы. Частота проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных. Сам термин ДЦП – это не единое нарушение, оно объединяет в себе группу состояний, характеризующихся: общими проявлениями, происхождением, влиянием на развитие ребенка, временем возникновения и т. д. Среди причин ДЦП могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие во внутриутробном (перинатальном) периоде, в момент родов (натальном) или на первом году жизни (ранний постнатальный). Наибольшее значение в этиологии ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникает внутриутробно, 60 – в момент родов, 10 – после рождения.

Из известных причин внутриутробной патологии в этиологии – важно особо отметить: инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, вирусные инфекции, токсоплазмоз) и несовместимость по резус-фактору. Действие родовой травмы обычно сочетается с состоянием асфиксии. У детей, перенесших асфикию и особенно клиническую смерть, имеется высокая степень риска возникновения ДЦП. После рождения ДЦП может возникать в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых травм головы.

В зависимости от тяжести и распространенности различают следующие 5 форм церебральных параличей: спастическую диплегию, гемипаретическую форму, двойную гемиплегию, гиперкинетическую форму и атонически-астатическую.

Спастическая диплегия (синдром, болезнь Литтля) – тетрапарез, при котором парез ног более глубок, чем парез рук. Парез верхних конечностей или же одной из них может быть настолько легок, что выявляется только при тщательном обследовании. Часто наблюдаются различные формы дизартрии, задержка психического развития или же умственная отсталость. Является самой распространенной формой ДЦП.

При двойной гемиплегии наблюдается тетрапарез, причем степень нарушения функций верхних и нижних конечностей одинаково тяжела или же преобладает паралич верхних конечностей. При двойной гемиплегии всегда наблюдаются патологические тонические рефлексy ствола головного мозга, псевдобульбарная дизартрия, ЗПР, умственная отсталость, быстро развиваются контрактуры и в нижних, и в верхних конечностях. Нередко отмечаются эпилептиформные припадки.

Гемипаретическая форма – парезы одной стороны тела. Как правило, значительно более тяжелы парезы верхней конечности. У детей с гемипарезами нередко речевые нарушения, ЗПР или умственная отсталость.

Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности. Гиперкинезы (насильственные движения) появляются после первого года жизни. Кроме тяжелых случаев, когда они заметны уже на первом году. Гиперкинезы сильнее выражены в мышцах лица, нижних отделах конечностей и мышцах шеи. Эпилептиформные припадки редки. Зато часто наблюдаются речевые расстройства. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах параличей.

Атонически-астатическая форма характеризуется мышечной гипотонией. У таких детей резко страдают статические функции: они не могут стоять, держать

голову, сидеть, ходить, сохраняя равновесие. Часты речевые нарушения (мозжечковая или псевдобульбарная дизартрия). Могут наблюдаться задержки психического развития, или умственная отсталость. От общего количества детей с ДЦП данная форма составляет примерно 10%.

Основные двигательные нарушения:

1. Нарушения мышечного тонуса. Выражаются в 4-х основных формах: спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии.
2. Ограничение или невозможность произвольных движений.
3. Наличие насильственных движений (гиперкинезы, тремор).
4. Нарушения равновесия и координации.
5. Нарушение ощущений движений (кинестезий).
6. Недостаточное развитие установочных выпрямительных рефлексов. Обеспечивают формирование вертикального положения и произвольной моторики.
7. Синкенизии – непроизвольные дружественные движения.

На втором месте по распространенности после ДЦП среди нарушений опорно-двигательной системы (ОДС) находятся: **приобретенные заболевания и повреждения ОДС**. Наиболее частыми и тяжелыми являются нарушения вследствие травматических повреждений спинного мозга, головного мозга и конечностей.

По локализации выделяют две основные группы:

- спинальные нарушения – двигательные патологии, связанные с повреждениями головного и/или спинного мозга;
- ампутационные нарушения связаны с утратой одной или более конечностей.

Специфика **спинальных нарушений**, которая, с одной стороны, будет объединять их с ДЦП, а с другой – отличать от тех же состояний, заключается в следующем. У лиц со спинальными нарушениями, так же, как и при ДЦП, наблюдаются парезы и параличи, чаще всего выраженные в спастической форме, и связанные с этим явления (потеря чувствительности, мышечные атрофии, контрактуры и т. д.). В то же время, вследствие более позднего возникновения

нарушения чаще всего имеется опыт существования без двигательной патологии, что, с одной стороны, дает возможность опоры на данный опыт, а с другой – повышает риск патологических реакций на дефект. При спинальных нарушениях чаще всего не имеется сопутствующих нарушений: речи, слуха, зрения, интеллекта и психики.

Специфика **ампутационных нарушений**, которая, с одной стороны, будет объединять их с ДЦП, а с другой – отличать от тех же состояний заключается в следующем: у лиц с ампутационными нарушениями, так же, как и у лиц с ДЦП, могут наблюдаться нарушения равновесия и координации движений, дегенеративные изменения в тканях, нарушения обмена веществ и дыхания. В то же время у данной категории лиц с НОДА чаще всего не имеется сопутствующих нарушений: речи, слуха, зрения, интеллекта и психики. Расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения в данном случае имеют иной, чем при ДЦП, характер: реакции на дефект, последствия фантомных болей и длительного пребывания в лечебных учреждениях (эмоциональная депривация).

Специфика поражений опорно-двигательного аппарата заключается в замедленном формировании таких операций, как сопоставление, установление причинно-следственной связи, выделение существенных и несущественных признаков, неточность применяемых понятий. При тяжелом поражении нижних и верхних конечностей обнаруживаются трудности овладения определенными предметно-практическими действиями. При НОДА обычно выявляются расстройства и сужение объема внимания и памяти, превалирование слуховой памяти над зрительной. Также нарушения пространственной ориентации, слуха, зрения, чувствительности – все это связано с поражением опорно-двигательной системы. Это приводит к замедленному формированию понятий, которые определяют расположение объектов и частей собственного тела в пространстве, невозможности опознавать и воспроизводить фигуры, составлять из фрагментов целое. В письменной речи появляются элементы дисграфии – ошибки в графическом воспроизведении букв и цифр, такие как асимметрия и

зеркальное отображение знака, начало письма и чтения с середины страницы. Повышенная возбудимость, проявление страхов, склонность к циклотимии – это проявление эмоциональных нарушений при ДЦП.

К основным **нарушениям психического развития** у лиц с ДЦП относятся:

- дисгармоничность (мозаицизм) интеллектуальной недостаточности, т. е. неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем;
- нарушения самооценки: либо неадекватно завышенная, либо неадекватно заниженная;
- неадекватный уровень притязаний: завышение или занижение;
- перепады настроения;
- повышенная чувствительность к оценке и неадекватность реакций на нее (слезливость или безостановочный смех);
- фобии (патологические страхи) и аутоагрессия.

Выраженные психолого-органические проявления – замедленность, истощаемость, трудности переключения, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Конечно, перечисленные психологические особенности поддаются коррекции, встречаются у конкретных лиц в индивидуальных проявлениях в различной степени выраженности. Однако изначально при консультировании лиц с НОДА следует ориентироваться на высокую возбудимость, склонность к конфликтному реагированию и преобладанию защитных механизмов. Необходимо, чтобы специалисты знали о психофизиологических особенностях такого человека, учитывали их при определении интеллектуальных и физических нагрузок, при оценке уровня достижений.

Особенности формирования движений у детей с ДЦП

У обучающихся с ДЦП, как правило, наблюдается нарушение мышечного тонуса, что приводит к патологии поз и движений. Ребенок испытывает чрезмерное напряжение при попытке любых целенаправленных движений, т.е. его сенсорно-моторный опыт уже с раннего возраста является патологическим.

В дальнейшем это способствует выработке патологических двигательных навыков и формированию контрактур и деформаций. Но можно предупредить инвалидность, если начинать развивать двигательные функции с раннего возраста, сразу после установления диагноза, а не после развития признаков двигательных нарушений.

Характерной особенностью двигательной деятельности организма является огромное разнообразие и осуществление движений в различных вариантах, поэтому **физическая культура для детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата должна быть ранней, комплексной и непрерывной.**

Направленные занятия для развития различных навыков наиболее эффективны в период становления двигательных, речевых и психических функций (до 3 лет). Необходимость развития и коррекции правильных поз и движений связана также с тем, что движения активизируются мощной афферентной стимуляцией. Импульсы поступают в нервную систему через мышцы, связки, суставы, органы зрения, слуха, обоняния, осязания. Обучение движениям идет параллельно приобретению сенсорного опыта и полностью зависит от него,

В пять лет двигательное развитие ребенка достигает высокого уровня. В этом возрасте морфофункциональное развитие и способность усваивать движения считаются сформированными. Развитие нейродвигательных путей на этом не останавливается. Простые действия (ходьба, бег, одевание) в дальнейшем совершенствуются, иногда требуются большие усилия для развития необходимых движений в повседневной жизни. Бесконечное каждодневное повторение движений и составляет развитие нейродвигательных путей, вплоть до автоматизации.

Выявлено, что в ответ на сигнал о физической нагрузке формируется центральная «управляющая» система, которая обеспечивает организму возможность быстро реагировать на мышечную активность и мобилизацию всех систем. Однако в организме у детей с НОДА эта реакция отличается определенным «несовершенством». Если организм ребенка не адаптирован к

данной работе, т.е. мышечная деятельность непривычна, то это будет лимитировать качество управления движениями и работа будет выполнена приближенно, неточно. Систематическая двигательная активность может обеспечить организацию мышечного ответа, полностью адекватную задаче, только после того, как она будет скорректирована на основе несущей информации о протекании мышечной работы и ее соответствии заданию. В результате физической деятельности при многократном повторении сигнала и ответной мышечной работы в процессе тренировочных занятий навык закрепляется в виде динамического стереотипа, и организм ребенка с НОДА приобретает новый скорректированный двигательный навык.

Наряду с тренировкой двигательных навыков необходима ранняя стимуляция речевых и эмоционально-психических реакций. Если психическое развитие ребенка нормальное, уже с первых месяцев жизни можно привлечь его внимание к выполнению того или иного задания, т.е. включить его в произвольную двигательную активность. Самостоятельные движения оставляют более глубокий след в памяти, чем пассивные. Многократное повторение определенных движений самим ребенком способствует выработке устойчивого двигательного стереотипа. Умение с раннего возраста сохранять адекватную позу головы, туловища, конечностей, производить целенаправленные движения предопределяет, в свою очередь, своевременное развитие речи и психики и предупреждает вторичную задержку речевого и психического развития.

В тяжелых случаях нельзя полностью устранить различные нарушения мозга, но можно устранить функциональную недостаточность центральной нервной системы, предупредить формирование порочных движений, контрактур и деформаций.

Комплексная работа по физической культуре для детей с двигательными нарушениями предусматривает одновременное воздействие на различные функциональные уровни мозга, одновременно тренируя двигательные,

психические и речевые функции, что, в свою очередь, ускоряет процесс социальной адаптации.

Основным, наиболее применимым исходным положением как для движений на месте, так и для некоторых локомоторных движений, является сохранение равновесия (устойчивость), которое может видоизменяться в зависимости от постановки стоп, удержания туловища и верхних конечностей. Тело человека представляет собой функциональное единство, где все части скелета связаны между собой. Ребенок совершает различные виды механической работы с помощью системы скелетных мышц, на долю которых приходится до 40% массы тела. Сохранение равновесия представляет собой результат сокращения скелетных мышц, обеспечивающих поддержание вертикального положения тела в пространстве.

При принятии правильного положения тела у ребенка вырабатывается осанка, которая уравнивает мышечное напряжение тела, обеспечивая тем самым благоприятные условия для дыхания, кровообращения и правильного формирования сводов стопы.

Большую роль в прямостоянии и передвижении играет также и вестибулярный аппарат, обеспечивающий регуляцию вертикального положения тела человека. Показано, что при нарушении вестибулярного нерва и разрушении отдельных частей лабиринта наблюдаются нарушения функции равновесия.

С принятием вертикального положения и появлением в связи с этим нормальной нагрузки на позвоночник, плечевой пояс и нижние конечности формируются нормальные (физиологические) изгибы - шейный и поясничный лордозы. При правильном сидении, стоянии формируются таз, тазобедренные суставы, формы стоп.

В дальнейшем наличие патологических изменений в формообразовании позвоночника, костей таза и позных тонических рефлексов, отсутствие или задержка в развитии выпрямительных реакций обуславливает неспособность удерживать туловище вертикально - так, чтобы общий центр тяжести

проецировался в пределах площади опоры. Указанная патология лишает костную систему (позвоночник - таз - нижняя конечность) главного стимулирующего фактора постнатального развития - взаимодействия веса тела и обратного действия опоры. В результате, уже в первые месяцы и годы жизни ребенка задерживается и искажается развитие физиологической кривизны позвоночника, формы тазовых костей и таза в целом, а при формировании и развитии двигательной системы у него не закладываются основы произвольных движений и способность удерживать вертикальную позу.

Таким образом, для детей с НОДА значимой является гармонизация развития костно-мышечного аппарата, оптимальное распределение усилий на звенья опорно-двигательного аппарата, развитие вестибулярного аппарата, что становится основой для адекватного формирования у них двигательных возможностей.

Общеразвивающие и корригирующие упражнения

Дыхательные упражнения. В исходном положении лежа на спине (сидя, стоя) развивать диафрагмальное дыхание, с акцентом на выдох. Выполнять удлиненный, углубленный выдох с одновременным произнесением звуков: «х-х-хо» (как согревают руки), «фф-фу» (как студят чай), «чу-чу-чу» (паровоз), «ш-ш-ш» (вагоны), «у-у-у» (самолет), «ж-ж-ж» (жук), задуть свечу, надуть шарик. Звуковая гимнастика, сочетание дыхания с движениями.

Основные исходные положения и изолированные движения головы, рук, ног, туловища. Исходное положение: лежа, сидя, стоя. Движения головой в разных направлениях. Одновременные движения руками вперед, назад, в стороны, вверх, вниз. Сгибание и разгибание предплечий и кистей рук. Поочередное и одновременное сгибание пальцев в кулак и разгибание с изменением темпа движения. Противопоставление первого пальца остальным с контролем зрения, а также без него. Выделение пальцев рук. В исходных положениях лежа на спине, на животе, на боку поочередное поднимание и отведение прямых или согнутых ног, сгибание, разгибание, а также круговые

движения ими. Приседание на всей ступне, стоя у опоры. Наклоны туловища вперед, назад, в стороны. Акробатические группировки: сидя, лежа, на спине, в приседе. Простейшие сочетания изученных движений.

Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности. В исходном положении: сидя (стоя у опоры) сгибание и разгибание пальцев ног: тыльное и подошвенное сгибание стопы с поочередным касанием пола пяткой, носком; смыкание и размыкание стоп. Прокатывание стопами каната. Захватывание стопами мяча, захватывание ногами мешочка с песком с последующими бросками его в обруч и передачей соседу по ряду. Ходьба по ребристой доске, массажному коврику, рейкам гимнастической стенки.

Упражнения для формирования равновесия. Движение головой сидя, стоя на коленях, стоя у опоры. Наклоны вперед-назад, вправо, влево; повороты вправо-влево. Из исходного положения лежа на спине (на животе) быстрый переход в основную стойку, принимая как можно меньше промежуточных исходных положений. Кружение на месте переступанием. Удерживание различных исходных положений на качающейся плоскости. Ходьба по начерченному коридору, по доске, лежащей на полу, по доске с приподнятым краем (вверх и вниз), по гимнастической скамейке (25 - 30 см высотой). Перешагивание через канат, лежащий на полу, через бруски, гимнастические палки, лежащие на полу на расстоянии 1 м. Шагание с предмета на предмет.

Упражнения для формирования правильной осанки. Стойка у вертикальной плоскости с сохранением правильной осанки при движениях головой, руками, глазами в разных исходных положениях и при движениях рук. Сохранение устойчивости в стойке «одна ступня впереди другой» с открытыми и закрытыми глазами. Стойка на носках, стойка на одной ноге, другая в сторону, вперед, назад. Смена исходных положений под счет учителя с открытыми и закрытыми глазами. Удерживание различных исходных положений на качающейся плоскости с движениями рук. Кружение на месте переступанием с последующим выполнением упражнений руками с наклонами,

приседаниями и выпадами вперед, в сторону. Ходьба по доске, лежащей на полу, по наклонной доске, по гимнастической скамейке, бревну с движениями руками и с предметом в руках (флажком, гимнастической палкой, мешочком с песком, с мячом, обручем). Ходьба по гимнастической скамейке с приседаниями, с поворотом (переступанием), приставными шагами, переменными шагами вперед, назад, боком. Ходьба по гимнастической скамейке с перешагиваниями через набивные мячи, веревочку, натянутую на высоте 20 - 25 см.

Прикладные упражнения. Построения и перестроения. Равнение в шеренге и в колонне. Перестроение из шеренги и колонны в круг. Повороты на месте направо, налево, кругом. Выполнение строевых команд: «равняйся», «смирно», «вольно», «направо», «налево».

Лазания и перелезание. Лазание по гимнастической стенке вверх и вниз разными способами. Лазание на четвереньках по наклонной скамейке, установленной под углом 30° с переходом на гимнастическую стенку и наоборот. Перелезание через препятствие высотой до 1 м. Пролезание сквозь обруч, не касаясь его ногами, удерживание его горизонтально и вертикально к полу. Пролезание между рейками наклонной лестницы сверху вниз и снизу-вверх. Вис на канате с помощью рук и ног, лазанье на высоту 1 м.

Упражнения с гимнастическими палками. Подбрасывание и ловля палки, изменяя хват. Балансирование палки, стоя на одном месте. Удерживая палку перед собой (на лопатках, за спиной), изменять исходное положение, например, встать на одно колено, на оба колена, сесть и подняться в основную стойку, не выпуская палку из рук и не меняя хвата.

Упражнения с большим мячом. Перекладывание мяча из руки в руку с вращением вокруг себя. Ведение мяча. Удары мяча об пол перед собой с одновременным подпрыгиванием на двух ногах. Прокатывание мяча, броски вперед, в сторону с дозированными усилиями.

Упражнение с малыми мячами. «Школа мяча» с усложненными бросками в различных исходных положениях. Метание мяча сбоку одной рукой. Метание

теннисного мяча на дальность. Бросок двумя руками снизу через возвышенность (высота 2 м). Попадание мячом в предмет (большой мяч, кубик и т.д.).

Игры. Подвижные игры: «Товарищ командир», «Попади в цель», «Гонка мячей в колоннах», «Караси и щука», «День и ночь», «Невидимка», «Подвижная цель». Эстафеты с лазанием и перелезанием и игры со специальными заданиями на осанку и ходьбу с включением метания и упражнений, развивающих пространственные представления.

Подготовительные игры к баскетболу: «Охотники и утки», «Гонка мячей по шеренгам», «Увертывайся от мяча», «Гонки мячей по кругу», «Мяч в кругу».

Зимние игры на воздухе: «Снежки по мячу», «Кто дальше», «Быстрый лыжник», «За мной», «Кто быстрее», «Эстафета на лыжах», «Взятие крепости».

Физическое воспитание детей с поражением спинного мозга

Помимо травм поражение спинного мозга могут вызывать заболевания позвоночника: деформации (кифозы, сколиозы, кифосколиозы), опухоли, аномалии развития, дегенеративные и воспалительные заболевания позвоночника (неспецифический остеомиелит, туберкулезный спондилит).

Миелопатия (myelopathy) - приобретенное невоспалительное поражение мозга. Под вертеброгенными миелопатиями понимают страдания мозга, вызванные заболеванием или повреждением позвоночника.

Основными факторами, вызывающими миелопатию, являются:

- ✓ *компрессия* (сдавление) спинного мозга (СМ) стенками позвоночного канала и/или его патологическим содержимым: костными фрагментами, межпозвоночным диском или гематомой, при воспалительных заболеваниях — эпидуральным абсцессом;
- ✓ *ишемия* (нарушение кровоснабжения) из-за повреждения или сдавления спинальных артерий;
- ✓ *механическое повреждение* ткани мозга (при травме).

Перечисленные факторы могут воздействовать на СМ отдельно либо совместно. По продолжительности воздействия повреждения подразделяются на *острые*, возникающие в момент травмы и *хронические*, развивающиеся при продолжительном (например, при (спондилитах) либо повторяющемся (нестабильные переломы) действии повреждающего фактора. При хроническом повреждении позвоночника неврологическая симптоматика может нарастать постепенно, с постоянным прогрессированием либо с периодами ремиссии, или одномоментно, в результате внезапного наступления декомпенсации.

Несмотря на различную этиологию заболеваний позвоночника, основные проявления вертеброгенных миелопатий однотипны: полная или частичная **утрата произвольных движений и чувствительности** ниже уровня поражения и расстройства функций **тазовых органов**.

Выделяют несколько **симптомокомплексов** в зависимости от зоны поражения СМ по поперечнику:

- поражение *передних отделов СМ* сопровождается утратой произвольных движений, болевой и температурной чувствительности при сохранении проприоцептивной;
- поражение *задних отделов СМ* характеризуется выпадением проприоцептивной чувствительности, тогда как произвольные движения, болевая и температурная чувствительность не страдают;
- *клинически полное поперечное поражение СМ* диагностируется при отсутствии произвольных движений и всех видов чувствительности;
- синдром *центрального поражения СМ* наблюдается при поражениях шейного отдела и выражается в большей слабости мышц рук, чем ног, и утрате чувствительности в сакральном отделе;
- синдром *Броун-Секара* (половинное поражение СМ) - потеря движений, вибрационной и проприоцептивной чувствительности и осязания со стороны поражения и отсутствие болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне тела.

В большинстве случаев неврологическая симптоматика наблюдается ниже зоны поражения; исключение составляет восходящие миелопатии, патогенез которых связан не с механическим повреждением нервных структур, а с тракционной миелоишемией. Микроциркуляторные изменения в спинном мозге при этом располагаются выше зоны повреждения позвоночника, что клинически проявляется несоответствием уровня костных и неврологических нарушений.

В отечественной неврологии традиционно полную утрату функции обозначают как **плегию**, а частичную как **парез**, однако в последнее время используют также международную терминологию, обозначающую утрату двигательных функций как полную или неполную плегию. По числу конечностей, утративших произвольный контроль движений, различают моно-, пара-, три- и тетраплегии. К основным вторичным нарушениям, развивающимся у большинства пациентов с поражением СМ, относят высокую *спастичность* мышц, формирование *контрактур* в суставах, развитие *остеопороза* и возникновение *пролежней*.

По характеру решаемых задач физические упражнения, применяемые для лиц с плегиями, можно условно разделить на три группы.

1. *Упражнения общетонизирующей направленности.* Они включают активные движения для сохранных групп мышц, обеспечивающие доступный уровень двигательной активности и тренировку сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

2. *Упражнения профилактической направленности.* Включают активные и пассивные движения, используемые для профилактики осложнений. Комплексы упражнений дыхательной гимнастики в остром периоде травматической болезни являются профилактикой застойных пневмоний. Позднее, в промежуточном периоде, упражнения с акцентированным дыханием используются для активизации дыхательной мускулатуры и профилактики снижения дыхательного объема. Пассивные и пассивно-активные движения в суставах являются профилактикой контрактур; пассивные движения при

полных плегиях используют для предотвращения пролежней; ранняя вертикализация пациента является профилактикой развития остеопороза и т.д.

3. Специальные упражнения, воздействующие на двигательный дефект. Двигательным дефектом при полных плегиях является отсутствие управляемости, при неполных - снижение силы мышц. В соответствии с этим все упражнения, направленные на восстановление управляемости и развитие силы паретичных мышц, рассматриваются как специальные. При выявлении вторичных дефектов, например, контрактур, упражнения для восстановления подвижности в суставах становятся специальными.

Специальные упражнения могут включать упражнения с отягощением (преодоление сопротивления методиста, использование эспандера, резинового бинта), приседания, упражнения на тренажерах (велотренажер, степпер, тренажер с блочной системой), упражнения с биологической обратной связью для развития статических и динамических напряжений.

При спастических нижних парапарезах ведущим двигательным дефектом может быть не снижение силы, а нарушение координации между активностью мышц-сгибателей и разгибателей. В этом случае специальными также будут упражнения на расслабление мышц и формирование координации между мышцами - функциональными антагонистами.

Необходимо помнить о том, что имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшим инвалидность. К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения. После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев, с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм – через 1 год, за исключением шейного отдела.

После перенесенной нейроинфекции занятия следует начинать в стадии ремиссии не ранее чем через год.

Сосудистый процесс в шейном отделе спинного мозга является противопоказанием для любых занятий спортом. При локализации процесса в грудном или поясничном отделах занятия могут начинаться через год после перенесенного заболевания.

После удаления доброкачественных опухолей спинного мозга занятия спортом следует начинать через 6 месяцев, в занятиях ЛФК можно использовать элементы спорта, с постепенным увеличением их объема.

Физическое воспитание при ампутациях и пороках развития конечностей

При врожденном недоразвитии или после ампутации конечности частично или полностью происходит нарушение ее функции, физического и психического развития ребенка, появляются различные двигательные компенсации и вторичные деформации, которые усугубляют неблагоприятное влияние недоразвития или ампутации.

В настоящее время в системе медицинской реабилитации детей-инвалидов занимает протезирование. При врожденной патологии опорно-двигательной системы протезирование должно начинаться в конце первого или в начале второго года жизни. Протезирование этих детей преследует не только задачу замещения нарушенных функций, но и способствует коррекции отклонений от нормального возрастного развития, опорно-двигательной и нервной систем, профилактике формирования вторичных деформаций органов опоры и движения и т.д.

Методические аспекты организации двигательной активности детей с ампутационными и врождёнными дефектами конечностей определяются, во-первых, возрастом ребёнка и особенностями дефекта, а во-вторых, целями и задачами этапа реабилитации. На ранних этапах реабилитационного процесса применение физических упражнений в основном связано с оперативным вмешательством и протезированием. На более поздних этапах - с профилактикой вторичных нарушений со стороны различных систем и органов,

оптимизацией психомоторного развития ребёнка, повышением его двигательных возможностей.

В реабилитации детей, перенесших ампутации или имеющих врождённые дефекты конечностей, выделяют несколько возрастных периодов, в соответствии с которыми разработаны методические особенности применения физических упражнений. В связи с решением задач протезирования выделяют следующие периоды: до двух лет, от 2 до 4 лет, от 4 до 7 лет, от 7 до 12 и старше 12 лет. В целом применение физических упражнений направлено на решение следующих задач:

- Уменьшение выраженности и предупреждение прогрессирования вторичных деформаций и атрофий со стороны опорно-двигательной системы.
- Уменьшение отставания в психомоторном развитии по сравнению со сверстниками, не имеющими нарушений.
- Формирование фонда двигательных умений и навыков в соответствии с возрастными нормами.
- Подготовка к протезированию и обучение пользованию протезно-ортопедическими изделиями.

Средствами двигательной реабилитации, применяемыми для детей в возрасте до 12 лет, являются:

- Специальные упражнения для подготовки к протезированию, обучения пользованию протезом, коррекции деформаций опорно-двигательной системы и предупреждения их прогрессирования.
- Лечебно-восстановительные, коррекционные и профилактические упражнения.
- Игровые упражнения и подвижные игры.
- Основные локомоции - ходьба, бег, ползание, лазанье, прыжки, метания, передвижения на самокате, на двух или трех колесном велосипеде, ходьба на лыжах.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи [Текст] / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – Киев: «Здоровья», 1988. – 322 с.
2. Бортфельд, С. А. Двигательные нарушения и лечебная физическая культура при детском церебральном параличе [Текст] / С. А. Бортфельд. – 1971. – 247 с.
3. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ– 2017.– 58 с.
4. Гончарова, М. Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / М. Н. Гончарова, А. В. Гринина, И. И. Мирзоева. – Л.: «Медицина», 1974.
5. Дедюхина, Г. В. Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3–5 лет, страдающими детским церебральным параличом [Текст] / Г. В. Дедюхина, Т. А. Яньшина. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 32 с.
6. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: Учебное пособие / С.П. Евсеев, А.С. Солодкова. – СПб.: СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2011. – 95 с.
7. Жиленкова В. П. Физическая культура и спорт инвалидов с дефектами опорно-двигательного аппарата: Метод. Рекомендации. – Л., 1989.
8. Журавлева А. И., Граневская Н. Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993.-430 с., ил.
9. Зайцева И. А., Кукушин В. С., Ларин Г. Г., Румега Н. А., Шатохина В. И. Коррекционная педагогика / Под ред. В. С. Кукушина. Изд-е 2-е, перераб. и доп. – М.: ИКЦ «Март»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2004. – 352 с. (Серия «Педагогическое образование»).
- 10. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы: учеб. эл. издание / Е.В. Ключкова .– М. : Теревинф, 2015**
11. Семенова, К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах [Текст] / К. А. Семенова. – М.: «Медицина», 1976. – 185 с.: ил.
12. Серова Н.Б. Основы физической реабилитации: Учебное пособие. Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2008. - 105 с.
13. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры /Под общ. ред. Проф. С. Н. Попова. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2009. – 608 с.
14. Частные методики адаптивной физической культуры [Текст]: учебное пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с.: ил.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями слуха

Лица с нарушениями слуха составляют значительную группу лиц с ОВЗ и инвалидностью. Ежегодно в России выявляется не одна тысяча детей с патологией органов слуха и число таких детей растет. Нарушения слуха бывают приобретенные и врожденные. При этом врожденные нарушения слуха встречаются гораздо реже, чем приобретенные (около 25% детей с нарушениями слуха). К **врожденным нарушениям** относят:

- **аплазию** – наследственную аномалию слухового органа (частичная или полная), нарушения в развитии среднего и наружного уха, недоразвитие внутреннего уха, отсутствие барабанной перепонки;

- **атрезию** – заращение наружного слухового канала.

Как правило, слуховые нарушения не передаются непосредственно потомству, но вместе с тем вероятность рождения ребенка с нарушениями в развитии у родителей с нарушениями слуха значительно большая, чем у слышащих.

Врожденные нарушения слуха возникают как следствие различных патогенных воздействий на развивающийся плод со стороны материнского организма. Особо выраженной тяжесть нарушения оказывается, когда поражение происходит на ранних этапах развития (первые 2–3 месяца внутриутробного развития), в период, когда зачаток слухового анализатора наиболее чувствителен.

Врожденное повреждение слухового анализатора может возникнуть также вследствие травмирования плода (ушибы, неудачное прерывание беременности и др.) или родовых травм (сдавление и деформация головки плода во время осложненных родов).

Инфекционные заболевания занимают основное место среди факторов, вызывающих **приобретенные нарушения слуха**. В большинстве своем это детские болезни, которые в последние годы хотя и встречаются все реже, что связано с совершенствованием системы профилактических мероприятий, с применением новых, более эффективных средств и методов лечения, но не исключают соответствующих последствий. Необратимые нарушения слуха в раннем возрасте могут вызывать осложнения гриппа. Особенно опасна для слуха в грудном возрасте своими последствиями пневмония и отит. В раннем возрасте недостатки слуха могут проявиться как следствие заболеваний носа и носоглотки, вызванных непроходимостью органов среднего уха, евстахиевой трубы. Отит имеет наименьшие последствия для слухового аппарата, чем поражение слухового нерва или же внутреннего уха. При опухолях, кровоизлияниях, энцефалитах могут возникнуть поражения коры головного мозга и проводящих путей, отвечающих за слух.

Серьезно влияет на появление нарушений слуха неврит слухового нерва – это группа заболеваний слухового нерва и нервных клеток, отличающихся особой чувствительностью к бактериальным токсинам. Травмирование головы может привести к разным нарушениям слуховой функции человека. Нарушение слуха могут возникать вследствие длительного воздействия сильного шума и вибраций, при которых появляется ощущение давления или боли в ухе. От протяженности возникновения патологического процесса зависит характер последствий, приведших к искажению слуха, а также от того, в какой степени и в какой период развития были нарушения.

Эти причины определяют статистику, согласно которой приобретенные нарушения слуха встречаются чаще, чем врожденные (примерно 75% всей слуховой патологии). В соответствии с результатами действия различных факторов выделяют следующие **категории лиц с нарушениями слуха**:

- глухие;
- рано/позднооглохшие;
- слабослышащие (тугоухие).

Глухие – это лица с тотальным отсутствием слуха, без возможности самостоятельного пользования им для накопления и сбора речевого запаса. Тотальная глухота встречается достаточно редко, обычно сохранились остаточные явления слуха, которые позволяют воспринимать отдельные, специфические звуки, разборчивое восприятие речи при этом невозможно. Среди глухих выделяют **ранооглохших** и **позднооглохших**. К первому типу относят лиц с двусторонним перманентным нарушением слуха, полученным либо от рождения, либо в раннем детстве до формирования речи. **Позднооглохшие** же – это лица со значительной потерей слуха, но довольно сохранной речью по причине позднего возникновения глухоты. Эта категория лиц с нарушением слуха характеризуется не временем наступления глухоты, а наличием речи при отсутствии слуха.

Слабослышащие (тугоухие) – лица с частичной слуховой недостаточностью, замедляющей развитие речевого аппарата, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. К слабослышащим относятся лица с понижением слуха от 20 до 75 Дб. По степени снижения слуха слабослышащих разделяют на три степени (тугоухости). При **легкой тугоухости** человек распознает шепот на расстоянии от 1 до 3 метров, а разговорную речь на расстоянии более 4 метров, но не может адекватно воспринимать информацию при звуковых помехах.

Средняя тугоухость имеет место, если человек воспринимает шепотную речь на расстоянии меньше, чем один метр, а разговорную речь слышит на расстоянии от 2 до 4 метров. Тугоухость 2 степени характеризуется неразборчивостью в восприятии всех слов в нормальной обстановке, требуются неоднократные повторения некоторых фраз или отдельных слов.

Тяжелая тугоухость проявляется в невозможности различить шепот даже на очень близком расстоянии, разговорную речь слышно на расстоянии меньше 2 метров. Используется слуховой аппарат и обучение зрительной фильтрации речи (чтению по губам) для возможности общаться.

Среди слабослышащих различают:

– страдающих ограниченной или глубоко недоразвитой речью;

– владеющих развернутой речью с небольшими недостатками в ее грамматическом построении и ошибками в произношении и письме.

На возможности обучения лиц с нарушенным слухом существенное влияние оказывает время возникновения их нарушения: рано- (в возрасте до трех лет) или позднооглохшие. Данный фактор будет определять степень развития у этой группы лиц степень сохранности собственных речевых и обусловленных речью навыков и функций. Низкий уровень овладения речью становится барьером для полноценного роста и развития всей когнитивной сферы психики и познавательной деятельности таких людей. Речевой дефицит является причиной их своеобразного восприятия, памяти и мышления.

Для всех лиц с нарушениями слуха можно выделить характерные **проблемы** (у ранооглохших они будут наиболее выражены), такие как:

- ✓ нарушения процесса слушанья;
- ✓ ограниченное, замедленное, местами искаженное восприятие сказанного (вне зависимости от наличия сурдоперевода);
- ✓ нарушения процесса говорения из-за наличия некоторых аномалий речевого развития;
- ✓ недостаточная развитость мыслительной деятельности;
- ✓ частые недостатки личностного развития (неуверенность в себе и зависимость от мнения окружающих, пониженная коммуникабельность, пессимизм, эгоизм, проблемы с самооценкой из-за ее неадекватности, отсутствие самоконтроля);
- ✓ пониженная способность к анализу и синтезу воспринимаемой информации;
- ✓ упрощенность анализа. У глухих плохо развит анализ и синтез объектов, они выделяют детали объекта, опуская существенные, но малозаметные признаки;
- ✓ нередко повышенная обидчивость;

- ✓ более высокий уровень развития социального инфантилизма и преобладание иждивенческой позиции.

Особенности психофизического развития и двигательных способностей детей и подростков с нарушениями слуха

Нарушение слуха прежде всего сказывается на психике ребенка, своеобразии его общения с людьми и окружающим предметным миром. Отсутствие внутренней речи и словесного опосредования ограничивают объем внешней информации и всегда сопровождаются замедленностью и снижением восприятия, мышления, внимания, памяти, воображения и всей познавательной деятельности в целом [Выготский 1924; Шиф 1968; и др.].

Нарушение слухового восприятия вызывают специфические изменения в снижении двигательной памяти, произвольного внимания, особенно у учащихся младшего и среднего школьного возраста [Розанова 1978]. Многие неслышащие школьники с трудом осваивают представления о мерах времени и об отношениях между единицами измерения.

Слух теснейшим образом связан с движением. Н. А. Бернштейн, указывая на взаимосвязь двигательного и слухового анализатора, подчеркивал, что движение корректируется не только зрением, но и слухом.

Слуховые сигналы, как и зрительные, участвуют в регуляции движений, и выключение слуха из системы анализаторов означает, не просто изолированное «выпадение» одной сенсорной системы, а нарушение всего хода развития людей данной категории. Между нарушением слуха, речевой функции и двигательной системой существует тесная функциональная взаимозависимость.

Педагогические наблюдения и экспериментальные исследования, подтверждая это положение, позволяют выделить следующее **своеобразие двигательной сферы глухих детей и подростков**:

- ✓ недостаточно точная координация и неуверенность движений, что проявляется в основных двигательных навыках;

- ✓ относительная замедленность овладения двигательными навыками;
- ✓ трудность сохранения у глухих статического и динамического равновесия;
- ✓ относительно низкий уровень развития пространственной ориентировки;
- ✓ замедленная реагирующая способность, скорость выполнения отдельных движений и темпа двигательной деятельности в целом;
- ✓ отклонения в развитии моторной сферы: мелкой моторики кисти и пальцев рук, согласованности движений отдельных звеньев тела во времени и пространстве, переключаемости движений, дифференцировки и ритмичности движений, расслабления, совокупность которых характеризует нарушения координационных способностей;
- ✓ отставание в развитии жизненно важных физических способностей – скоростно-силовых, силовых, выносливости и других, характеризующих физическую подготовленность детей и подростков.

Перечисленные нарушения в двигательной сфере глухих школьников носят взаимосвязанный характер и обусловлены общими причинами: структурой слухового дефекта, недостаточностью речевой функции, сокращением объема поступающей информации, состоянием двигательного анализатора, степенью функциональной активности вестибулярного анализатора.

Особенно ярко эта совокупность причин проявляется **на координационных способностях**, так как они реализуются на дефектной основе сенсорных систем, участвующих в управлении движениями. Поэтому глухие школьники тратят на освоение сложно-координационных навыков значительно больше времени (А. О. Костанян), имеют меньший уровень максимальных достижений по точности и времени движений, а также уступают в статическом и динамическом равновесии слышащим сверстникам.

Большая часть авторов объясняет сниженный уровень двигательной сферы глухих и, в частности, координационных способностей (особенно

равновесия) недостаточной функциональной активностью вестибулярного аппарата [Бессарабов 1979; и др.].

При нарушении равновесия у глухих детей младшего школьного возраста отмечается замедленность, скованность и малая амплитуда движений (Р. Д. Бабенкова). Ведущим и решающим фактором в регуляции чувства равновесия у глухих школьников является «мышечное чувство».

А. О. Костанян пришел к выводу, что на точность движения влияет не столько состояние вестибулярного аппарата, сколько степень совершенства двигательного анализатора. Между тем качественные характеристики прямостояния у глухих находятся в прямой зависимости от сохранности вестибулярного аппарата.

У глухой величины сагиттального размера пространственного поля устойчивости и коэффициента использования площади, как правило, не превышали 70–74% тех же показателей слышащих. С возрастом эти различия между глухими и слышащими сокращаются. Глухие в показателях динамического равновесия отстают от слышащих сверстников во всех возрастных группах. Наибольшие различия (до 89%) отмечаются в младшем и среднем школьном возрасте.

Глухие, как правило, показывают полное отсутствие ощущения вращения по сравнению со слышащими. Слышащие быстро и отчетливо ощущали перемещение тела, правильно указывали направление вращения. Установлено, что у лиц со сниженной функцией вестибулярного анализатора не развивается синдром укачивания.

Врожденные или ранние нарушения функций слухового и вестибулярного анализаторов приводят к снижению чувства пространственной ориентировки глухих, что проявляется в ходьбе, беге, ориентации в схеме тела, упражнениях с предметами [Кудряшов 1978].

При ходьбе с открытыми глазами глухие дети старшего возраста держатся так же, как и слышащие. Однако при ходьбе с закрытыми глазами между глухими и слышащими обнаружена заметная разница. Расстройства

равновесия у глухих при отсутствии зрительного контроля отмечаются у 45,7% глухих.

Глухие дети, зачастую, при закрывании глаз вовсе лишаются способности ориентироваться в пространстве. У детей школьного возраста отмечается асимметрия при ходьбе. С возрастом степень асимметрии при ходьбе у глухих уменьшается. Различия между глухими и слышащими особенно выражены в 11–14 лет. В более старшем возрасте различий в степени асимметрии при ходьбе между глухими и слышащими, как правило, не остается. Причину уменьшения с возрастом различий у глухих В. С. Фарфель (1975) объясняет более длительным стажем ходьбы. При этом глухие отличаются от слышащих чрезвычайной вариативностью шагов. Они расставляют ноги при ходьбе с закрытыми глазами несколько шире, чем слышащие, шаги их короче.

Результаты анализа особенностей проявления скоростных качеств в условиях, требующих различного уровня концентрации внимания, показали выраженные различия между глухими и слышащими. Средние величины скорости сенсорно-двигательной реакции при снижении интенсивности звукового информационного потока оказались меньше, чем при нормальном функционировании слухового анализатора.

Время зрительно-моторной реакции у глухих отличается от латентного периода у слышащих. Разница между средними величинами в этих группах в младшем школьном возрасте составляет 72 мс, в среднем – 43 мс, старшем – 35 мс. Различие в регистрируемых величинах среди лиц в возрасте 18–45 лет составляет всего 6–7 мс. Тенденция изменения скорости реагирования на световой раздражитель у слабослышащих такая же, как у глухих.

Анализ индивидуальных показателей позволил распределить всех лиц с нарушением слуха на три группы. В первую вошли лица, у которых латентный период реакции короче, чем у нормально слышащих. Таких оказалось в младшем и среднем возрасте 7%, старшем – 10%, а среди взрослых – 14%. Вторая группа показала результаты, соответствующие среднегрупповым показателям нормально слышащих. По возрастным группам их количество

выражало соответственно 16, 31 и 46%. Испытуемые третьей группы реагировали на световой сигнал с опозданием. Среди детей младшего и среднего школьного возраста таких испытуемых обнаружено 53 и 77%, а среди взрослых – 40%.

Сопоставление параметров изменения времени реакции у глухих при поражении звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата также не обнаружило существенных различий. Правда, время реакции на световой стимул находится в определенной зависимости от степени глухоты. Среди обследованных с врожденной глухотой время реакции оказалось самым длительным как в среднем, так и в старшем школьном возрасте (355 и 290 мс). Разница по сравнению со средними величинами больше на 64 и 49 мс. У детей с потерей слуха до 4–5 лет (речь в основном утрачена) также имеются опоздания при реагировании на световой стимул (348 и 293 мс). Неслышащие, у которых потеря слуха наступила к 7 годам, обладают более коротким периодом зрительно-моторной реакции (275 и 229 мс). При сравнительном анализе вырисовывается такая картина: чем дольше остатки слухового восприятия, тем короче период реакции.

Показатели сложной сенсорно-двигательной реакции слабослышащих приближаются к показателям у слышащих и носят индивидуальный характер. Количество сенсорно-двигательных реакций, по данным тепинг-теста, за 15 с. у глухих 8-ми лет составляет 44,3 ед., а у слышащих – 53,6; в среднем и старшем школьном возрасте (13–17 лет) количество нанесенных черточек в чистом прямоугольнике увеличивается у всех обследуемых групп.

Движения рук у глухих медленнее, чем у слышащих: в 13–14 лет — на 13%, в 15–17 лет — всего на 5%. Развитие быстроты движений у глухих достигает достаточно высокого уровня уже к 13–14 годам. В последующие годы интенсивного улучшения быстроты движений не наблюдается (А. О. Костанян).

В игровой деятельности, где требуется комплексное проявление скоростных качеств, самое большое отставание от слышащих школьников по

уровню развития быстроты наблюдается в младшем и частично в среднем школьном возрасте. Скорость движений, прыгучесть, мышечная сила в них на 20–60% ниже [Бессарабов 1979]. Автор утверждает, что именно эти качества и координационные способности нужно развивать в младшем и среднем школьном возрасте. У подростков 13–16 лет их рост незначителен, а у девочек стабилизируется к 13–14 годам. 11–12-летним глухим школьникам автор рекомендует на общеразвивающие упражнения отводить 25%, на специальные – 35%, на обучение и совершенствование игровых действий — 40% времени урока.

При исследовании особенностей развития быстроты глухих подростков установлено, что занятия фехтованием положительно влияют на повышение скорости простой двигательной реакции глухих на световой сигнал, значительно приближая результаты глухих фехтовальщиков к результатам слышащих спортсменов 17–18 лет.

Глухие школьники по мышечной силе отстают от слышащих в 9, 11, 12 лет до 33% по показателям абсолютной силы, но динамика ее возрастного развития почти совпадает с показателями слышащих сверстников.

Н. И. Букун (1986) отмечает, что мышечная сила у глухих ниже, чем у слышащих. До 13 лет сила мышц ежегодно увеличивается на 1–4 кг, а в 14–15 лет прирост составляет 5–9 кг. До 13–14 лет показатели силы имеют одинаковую величину и тенденцию роста у мальчиков и девочек. Отмеченная разница силы мышц между ведущей и не ведущей рукой недостоверна. Показатели асимметрии более выражены у глухих (разница достигает у них 1–5 кг, у слышащих – 0,5–2 кг).

Среди многочисленных форм проявления скоростно-силовых качеств наиболее выраженными являются прыжковые упражнения. У глухих мальчиков от 8 до 10 лет прирост прыгучести равен в среднем от 2,1 до 4,1 см, с 10 до 13 лет – от 1,9 до 4,4 см, от 15 до 17 лет равен 4,5 см (Н. Г. Байкина и др.).

У детей с недостатками слуха *статическая выносливость* в возрасте 7–8 лет ниже, чем у слышащих. К 9–10 годам глухие по уровню выносливости к мышечным усилиям приравниваются к слышащим. В возрасте 13–15 лет у всех школьников

наблюдается невыраженное снижение статической выносливости, а к 16–17 годам их показатели приближаются к результатам их слышащих сверстников.

Слабослышащие по показателям общей выносливости приближаются к слышащим. Если в динамике силы мышц резкий рост наблюдается в 14–15 лет, то выраженный скачок выносливости характерен в 17–18 лет.

Межиндивидуальные колебания выносливости у глухих и слышащих 8-ми лет выражаются соответственно в 9–26 с. и 17–28 с. В последующие возрастные периоды (13–16 лет) колебания статической выносливости составляют 14–21 и 30–44 с. у глухих и 23–31 и 36–50 с. у слышащих.

Рассмотренные изменения мышечной силы, статической и общей выносливости характеризуют внешнюю форму деятельности двигательного аппарата, точнее, сократительную возможность мышц и их готовность к нагрузкам.

К 16–17 годам уровень общей выносливости подростков с недостатками слуха почти сравнивается с уровнем выносливости слышащих и зависит главным образом от состояния кардиореспираторной системы.

Таким образом, своеобразие психического и физического развития глухих и слабослышащих детей обусловлено рядом причин: функциональным нарушением отдельных физиологических функций, общей соматической ослабленностью, отставанием в психическом развитии (иногда сопровождающимся задержкой психического развития, умственной отсталостью), недоразвитием или отсутствием речи. Последнее в работе с глухими школьниками и приобретает особую значимость, если иметь в виду то исключительное влияние речи на психическое и физическое развитие глухих детей, которое было показано в исследованиях общей и специальной психологии (Л. С. Выготский и др.).

Роль компенсаторных механизмов в развитии глухих детей

Все исследователи отмечают, что при нарушении слуха имеется возможность с помощью сохранных анализаторов регулировать и осуществлять

сложные виды движений комплексно или избирательно воздействовать на те, или иные функции. Улучшение двигательных способностей глухих под влиянием физических упражнений свидетельствует о компенсаторных возможностях двигательного анализатора. Например, под влиянием специально подобранных упражнений быстрота движения рук у глухих девушек и юношей не только достигает величин слышащих, но и превышает их.

В качестве компенсирующих каналов обратной связи при обучении и развитии глухих детей выступают такие сенсорные системы, как зрительная, кожная, двигательная, тактильная, остаточный слух. Успех коррекционно-педагогической деятельности во многом определяется состоянием сохранных функций и умением их использования. В комплексе анализаторов, активно участвующих в сенсорной основе физической деятельности, ведущее значение принадлежит двигательной системе, осуществляющей регуляцию выполнения произвольного двигательного акта.

Постоянным участником сенсорной основы двигательной деятельности является зрительный анализатор. Детям с нарушениями слуха при зрительном восприятии предметов труднее, чем слышащим, выделить части в предметах, объективно слабо расчлененных (Е. М. Кудрявцева, Ж. И. Шиф). Но с возрастом зрительное восприятие неслышащих значительно совершенствуется (Н. В. Яшкова и др.). Определенные особенности зрительного реагирования, связанные с восприятием тонко дифференцированных структур устной речи, мимики и жестов, обуславливают специфику зрительного восприятия у глухих и в последующих возрастных периодах. Проверка показала, что острота зрения (1,0 и выше) наблюдается у 58% глухих и 54% слабослышащих детей. Среди слышащих число детей с нормальной остротой зрения составляет 71%. Около 18% глухих детей имеют зрение в пределах 0,8–0,9%. Среди глухих общий процент со сравнительно выраженной степенью понижения остроты зрения намного выше (16,5% среди нормально слышащих, 24,0% среди глухих и 22,0% среди слабослышащих).

Значение кожного анализатора при нормальном функционировании всех сенсорных каналов, как правило, недооценивается в силу того, что его функция обычно маскируется другими сенсорными системами. Однако активное участие анализатора в компенсаторно-приспособительных механизмах, в формировании познавательных процессов выделяет его как дополнительный канал получения информации об окружающей действительности. Кожный анализатор вместе с кинестетическим участвуют в осязательном чувстве. Тактильная чувствительность лиц с нарушением слуха носит индивидуальный характер, с возрастом увеличивается.

Вибрационная чувствительность выступает в роли раздражителя слухового и тактильного анализаторов.

Установлено, что звуковые волны через механизм вибрационной чувствительности оказывают двойное воздействие на кору головного мозга человека. Оба эти механизма находятся по отношению друг к другу в противоречивых отношениях: слуховой анализатор подавляет механизм вибрационных ощущений, вследствие чего человек при нормальном слухе не ощущает множества периодических изменений давления, вызываемого колебаниями движущихся тел в окружающей среде.

В свою очередь возбуждение вибрационных механизмов тела способствует усилению как слуховых, так и тактильных ощущений. Выявляется увеличение чувствительности к вибрационным воздействиям у глухих в диапазоне 100–1000 Гц кончиков второго, третьего и четвертого пальцев правой руки (т. е. тех пальцев, которыми глухие постоянно пользуются при общении).

Индивидуальный диапазон колебаний реакций на виброраздражители имеет определенные закономерности. В спектре низких частот (16–32 Гц) самые большие флуктуации порогов чувствительности обнаружены у глухих, а в диапазоне 125–500 Гц вариабельность регистрируемых показателей оказалась выше у слышащих.

Обнаруженные колебания индивидуальных показателей вибрационной чувствительности у слышащих вызваны малой тренируемостью этого канала. При активном участии лиц с недостатками слуха в профессиональной деятельности восприятие вибрационных сигналов совершенствуется в силу того, что исполнители чаще соприкасаются с вибрирующими предметами и чаще включают в действие вибрационную чувствительность.

На основе полученных данных можно заключить, что вибрационная чувствительность теснейшим образом связана со слуховым восприятием, активно вовлекается в компенсаторный процесс, является важным каналом восприятия информации об учебной, трудовой, спортивной деятельности. Под влиянием двигательной деятельности этот канал чувствительности в динамике возрастного развития глухих совершенствуется.

Правила поведения при общении с лицами с нарушенным слухом:

1. Всегда располагайтесь так, чтобы Ваше лицо было повернуто к источнику света и хорошо освещено.
2. Говорите в нормальном темпе (не очень быстро и не очень медленно).
3. Не кивайте головой при разговоре.
4. Не размахивайте руками, не закрывайте нижнюю часть лица.
5. Следите, чтобы ребенок понимал Вашу речь.
6. Будьте доброжелательны, не высказывайте раздражения и недовольства при затруднениях ученика.
7. Владейте способами помощи ребенку, если он затрудняется считывать с губ речевой материал:
 - напишите слово или фразу на доске, в тетради, палочкой на снегу, земле;
 - повторите всю фразу в более медленном темпе, но без выраженной артикуляции;
 - сделайте перестановку слов в предложении, сделав фразу более знакомой, общепринятой;
 - замените словосочетание или отдельное слово, не меняя смысла фразы;
 - напишите свою фразу с последующим одновременным проговариванием.

Методика коррекции двигательных нарушений глухих детей

Анализ научных исследований, педагогические наблюдения и проведенные обследования физического состояния неслышащих детей дошкольного возраста выявили значительное отставание в показателях скоростно-силовых качеств и различных проявлениях координационных способностей.

Упражнения скоростно-силового характера (бег, прыжки, метания) в воспитании и обучении глухих детей дошкольного возраста занимают большую часть как основные виды движения, относящиеся к разряду жизненно важных двигательных умений и навыков. Необходимо научить неслышащих детей правильно и уверенно выполнять эти движения в изменяющихся условиях повседневной жизни.

Целесообразность использования упражнений скоростно-силовой направленности подтверждается двумя теоретическими положениями:

1) к базовым видам координационных способностей относятся те координационные проявления, которые необходимы при выполнении любых действий (ходьба, бег, прыжки, учебные и бытовые действия);

2) повышение уровня одной физической способности влечет позитивные изменения других («положительный перенос») (Шапкова Л.В., 2002).

Целенаправленное использование упражнений скоростно-силовой направленности создает благоприятные предпосылки как для повышения уровня развития физических качеств, так и для коррекции базовых координационных способностей.

Установлено, что в дошкольном возрасте наибольший прирост показателей физических качеств у неслышащих детей происходит в те же периоды жизни, что и у здоровых детей – с 4 до 6 лет.

Это наиболее благоприятный возрастной период для развития всех физических качеств неслышащих детей дошкольного возраста.

Методика скоростно-силовой направленности учебного процесса опирается на принцип сопряженного развития координационных и кондиционных физических способностей. Для усиления коррекционного воздействия методика включает упражнения для развития равновесия, активизации психических процессов и нарушенной слуховой функции упражнения выполняются под ритмичные удары барабана, бубна. Сначала звук воспринимается детьми слухо-зрительно, а потом только на слух. Средствами развития скоростно-силовых качеств в коррекционном процессе на физкультурном занятии являются различные виды бега, прыжки, метания, упражнения с мячами (набивными, волейбольными, теннисными). Основные методы – игровой и соревновательный – включают эстафеты, подвижные игры, повторные задания, сюжетные игровые композиции, круговую форму организации занятий.

В табл. 1 представлены средства коррекции и развития координационных способностей с помощью скоростно-силовых упражнений, коррекции равновесия и вестибулярной функции у глухих школьников.

Таблица 1

Средства коррекции и развития координационных способностей с помощью скоростно-силовых упражнений

№ п/п	Упражнения	Коррекционная направленность
	ПРЫЖКИ	
1	Прыжки через предметы, расположенные на одинаковом и разном расстоянии	Дифференцировка расстояния и усилий, глазомер, чувство ритма
2	Многоскоки (различные)	Согласование движения рук и ног, чувство ритма, координация движений
3	Прыжки на одной ноге (левой, правой)	Динамическое равновесие, согласованность движений рук и ног
4	Прыжки на двух ногах на подкидном мосту (батуте)	Преодоление чувства страха, дифференциация динамических и пространственных параметров, чувство ритма

5	Прыжки на автомобильной покрышке	Преодоление чувства страха, дифференциация динамических и пространственных параметров, чувство ритма
6	Прыжок в длину с места на максимальный результат и на заданное расстояние	Координация движений, дифференцирование пространственных и динамических усилий
7	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, дифференцирование пространственных и временных параметров
8	Прыжок в длину с разбега на максимальный результат и на заданное расстояние	Координация движений, согласование движения рук и ног, усвоение темпа и ритма
9	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, дифференцирование пространственных и ритмических параметров
10	Прыжок вверх с места с доставанием подвешенного предмета	Дифференцирование мышечных усилий, пространства, глазомер
11	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, дифференцирование пространства и усилий
12	Прыжок в высоту с разбега	Согласование движения рук и ног, дифференцирование мышечных усилий, координация движений
13	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, пространственная ориентация, координация движения
14	Спрыгивание со скамейки, куба (10-30 см) с приземлением в указанное место (при соблюдении техники безопасности)	Дифференцирование мышечных усилий, пространственных параметров движения
15	Впрыгивание на гимнастические маты (высота 15—45 см)	Согласование движения рук и ног, дифференцирование мышечных усилий и пространственных параметров
16	Прыжки с короткой и длинной скакалкой (различные)	Динамическое равновесие, согласование движения рук и ног, чувство ритма
17	Прыжок вверх с поворотом на заданное расстояние	Дифференцирование мышечных усилий, пространственных параметров, динамическое равновесие
БЕГ		
1	Бег на 5 м, 10 м	Координация движений, согласование движения рук и ног
2	Бег по разметке (10 м)	Усвоение темпа и ритма, динамическое равновесие, дифференциация пространственных и динамических параметров

3	Бег через кирпичики (высота 5-15 см)	Преодоление чувства страха, дифференцирование расстояния, ритма
4	Бег с изменением направления по сигналу	Концентрация внимания, раз витие слухового восприятия, дифференцирование пространственных параметров
5	Бег по кругу (вправо-влево) с изменением диаметра круга	Дифференцирование мышечных усилий, динамическое равновесие, согласование движения рук и ног
6	Бег из различных исходных положений (присед, сед, сед спиной к направлению движения, лежа)	Координация движения, концентрация внимания, развитие слухового восприятия
7	Бег по сигналу, догоняя партнера	Концентрация внимания, развитие слухового восприятия, пространственное дифференцирование
8	Челночный бег 3x5 м	Ориентировка в пространстве, концентрация внимания
9	То же спиной вперед	Концентрация внимания, пространственная ориентировка, согласование движения рук и ног
МЕТАНИЕ		
1	Метание мешочка (200 г) на дальность (правой и левой рукой)	Дифференцирование пространственных и мышечных усилий, координация движения
2	Метание мешочка в горизонтальную и вертикальную цель	Дифференцирование динамических параметров, мышечных усилий
3	Метание мешочка сверху, снизу, сбоку	Координация движений, дифференцирование пространственных параметров
4	Метание различных по весу и диаметру снарядов на дальность и в цель	Дифференцирование динамических усилий, координация движения
УПРАЖНЕНИЯ С НАБИВНЫМ МЯЧОМ		
1	Толкание от груди	Дифференцировка мышечных усилий, координация движения, согласование движений рук и ног
2	Бросок мяча из-за головы	
3	Бросок мяча снизу	
4	Бросок мяча из-за головы назад, стоя спиной к месту метания	
5	Бросок мяча из-за головы в и. п. сидя, ноги врозь	
6	Бросок мяча от груди в и. п. сидя ноги врозь	
7	Бросок мяча ногами вперед	
8	То же в и. п. сидя, упор руками сзади	
9	Бросок мяча из-за головы в и. п. лежа на груди, локти на весу	
10	Толкание мяча правой (левой) рукой	

Средства коррекции функции равновесия

Упражнения с изменением площади опоры (ширина уменьшается от 25 см до прямой линии):

- 1) ходьба по дорожке (с различными предметами, переступая предметы);
- 2) ходьба по кругу (в обоих направлениях);
- 3) ходьба с перешагиванием реек гимнастической лестницы;
- 4) стоя на одной ноге, другая прямая вперед (в сторону, назад, согнуть);
- 5) ходьба по дощечкам («кочкам»);
- 6) ходьба на лыжах по ковру;
- 7) ходьба на коньках по ковру;
- 8) езда на велосипеде (самокате).

Упражнения на узкой площади опоры (приподнятой на высоту от 10-15 см до 40 см):

- 1) ходьба по узкой опоре с разнообразными заданиями;
- 2) ходьба, бег, прыжки, ползание по наклонной опоре;
- 3) балансировка на набивном мяче (полупеньке).

Действия с мячом (диаметр от 24 см до 3 см):

- 1) «Школа мяча»;
- 2) элементы игры в баскетбол, футбол, бадминтон, настольный теннис.

Средства коррекции вестибулярной функции

Упражнения на раздражение полукружных каналов (вращения с постепенным увеличением амплитуды, движения):

- 1) движения глаз;
- 2) наклоны и повороты головы в разных плоскостях;
- 3) повороты головы при наклоненном туловище;
- 4) повороты на 90°, 180°, 360° (то же с прыжком);
- 5) кувырки вперед, назад;

- 6) вращение вокруг шеста, держась за него руками;
- 7) кружение в парах с резкой остановкой (в обе стороны);
- 8) подскоки на батуте.

Упражнения на раздражение отолитового аппарата (начало и конец прямолинейного движения):

- 1) изменение темпа движения в ходьбе, беге, прыжках и других упражнениях;
- 2) резкая остановка при выполнении упражнений;
- 3) остановка с изменением направления движения;
- 4) прыжки со скакалкой с изменением темпа.

Упражнения, выполняемые с закрытыми глазами:

- 1) ходьба (спиной вперед, приставными шагами правым, левым боком);
- 2) кувырки;
- 3) кружение;
- 4) наклоны и повороты головы;
- 5) стойка на носках, на одной ноге (то же на повышенной опоре).

Достаточно большой перечень упражнений требует систематизации. Наиболее эффективным и апробированным способом их распределения является использование комплексов упражнений направленного воздействия: из трех занятий в неделю по 30-40 мин (в зависимости от возраста) два отвести развитию преимущественно скоростно-силовых качеств, одно – коррекции вестибулярных нарушений и развитию функции равновесия.

Чтобы обеспечить безопасность, прыжковые упражнения проводятся на нестандартном оборудовании – дорожка из 10 цветных поролоновых кирпичиков высотой 12 см, длиной 50 см, свободно передвигаемых на необходимое расстояние.

Прыжковые упражнения выполняются в основной части занятия. Комплекс состоит из прыжков на двух ногах, боком (левым/ правым) на двух

ногах, на одной (левой/правой) ноге, на двух ногах с усложнением задания (составление кирпичиков рядом друг с другом или постановка их друг на друга), включения «горячих» кирпичиков, которых нельзя коснуться. Каждое упражнение выполняется после отдыха продолжительностью 20-30 с.

В табл. 2 представлены упражнения и их примерная дозировка для глухих детей 4- 7 лет.

Таблица 2

Комплекс прыжковых упражнений для развития скоростно-силовых качеств

№ п/п	Содержание	Кол-во подходов	Кол-во повторений в одном подходе		
			4-5 лет	5-6 лет	6-7 лет
1	Прыжки на двух ногах через поролоновые кубики	2-3	4-6	6-8	8-10
2	Прыжки боком (правым, левым) на двух ногах через поролоновые кирпичики	1-2		6-8	8-10
3	Прыжки на правой, левой ноге	1-2		4-6	6-8
4	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по два	2-3	2-3	3-4	4-5
5	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по три	2-3		3-4	4-5
6	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по четыре	1-2		2-3	3-4
7	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные друг на друга по два	2-3	2-3	3-4	4-5
8	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные друг на друга по три	1-2		2-3	3-4
9	Подскоки на двух ногах на автомобильных шинах	2-3	5-6	6-8	8-10

Для развития скоростно-силовых качеств во второй половине основной части занятия лучше использовать комплекс упражнений с набивными мячами весом 0,5-1 кг в парах: броски мяча сверху, снизу, от груди, стоя спиной к партнеру, из положения сидя, лежа на груди и спине, броски ногами из исходного положения стоя и сидя.

На начальном этапе для развития силы рук, в том числе мелкой моторики, и скоростно-силовых качеств необходимо создать облегченные условия, используя не мячи, а поролоновые кубики. Упражнения с ними весьма разнообразны и с удовольствием воспринимаются детьми: сжатие кубика руками, ногами, прижимание его к полу руками и ногами, поднятие кубика ногами вверх сидя и лежа, броски кубика из исходного положения стоя (лицом, спиной), сидя (лицом, спиной ногами), лежа (на груди и спине), быстрый бег за кубиком из различных исходных положений после броска и другие упражнения, требующие ориентировки в пространстве, точности и координации движений.

Решение задач развития функции равновесия и коррекции вестибулярных нарушений целесообразно решать в одном занятии, отведя каждой из них приблизительно равное время – по 15 мин. Представленные в табл. 4 и 5 комплексы не являются обязательными в каждом занятии, используются лишь доступные на данный момент упражнения, усложняясь постепенно по мере их освоения.

Коррекция функции равновесия проводится с использованием упражнений на уменьшенной площади опоры, поднятой опоре, в балансировке. Время выполнения упражнений на сохранение равновесия у 4-5-летних – 10-15 с, у 6-7-летних – 25-30 с и более, пройденное расстояние для 4-5-летних – 3-4 м, для 6-7-летних – 5-6 м.

Таблица 4

Комплекс упражнений для коррекции и развития равновесия

№ п/п	Содержание	Кол-во подходов	Количество повторений	
			4-5 лет	6-7 лет
1	Стойка на носках, руки внизу	3	10 с	15 с
2	Стойка на правой (левой) ноге, руки внизу	4	10 с	15 с
3	Ходьба с мешочком на голове, по дорожке шириной 15-25 см	3	2-3 м	3-5 м

4	Ходьба с перешагиванием реек гимнастической лестницы, лежащей на полу	3	2 м	3 м
5	Ходьба по наклонной доске вверх, вниз	3	3-4 м	до 5 м
6	Прыжки на двух ногах по наклонной доске вверх	3	2-3 м	3 м
7	Бег вверх-вниз по наклонной доске или гимнастической скамейке	3	3-4 м	4-5
8	Ходьба по лестнице из разновысоких кубиков	3	8-10 раз	10-12 раз
9	Балансировка на набивных мячах (3 кг)	3-5	10-15 с	до 30 с
10	Ходьба по канату (на полу) вдоль и приставными шагами поперек, руки в стороны	1-2	2-3 м	4-5 м

Хорошо освоенные и безопасные упражнения (ходьба, стойки) сначала выполняются с открытыми глазами, затем с закрытыми (от 2 до 8-10 шагов). Все упражнения, связанные с коррекцией и развитием равновесия, выполняются со страховкой, поддержкой, помощью.

Комплекс упражнений на коррекцию вестибулярных нарушений и устойчивость к вестибулярным раздражителям требует предварительного разучивания техники. Например, обучать кувыркам нужно на каждом занятии в первом полугодии и только во втором включать в комплекс. Весь комплекс рассчитан на 15 мин и используется в начале основной части занятия (табл. 5).

Упражнения выполняются во всех трех плоскостях, преимущественно в движении. Упражнения с отклонением головы во фронтальной плоскости: боковые наклоны головы, повороты головы при наклоне туловища воздействуют на фронтальные каналы вестибулярного аппарата. Раздражение горизонтальных полукружных каналов вызывается вращением туловища, поворотами на 180°, 360° как на месте прыжком, так и во время ходьбы и бега. На отолитовый аппарат воздействие оказывает начало и конец прямолинейного движения, ускорение и замедление движений.

Таблица 5

Комплекс упражнений для коррекции вестибулярной функции

№ п/п	Содержание	Кол-во подходов	Количество повторений в подходе	
			4-5 лет	6-7 лет
1	Ходьба и бег с остановками по сигналу	2	1,5-2 мин	2 мин
2	«Челночный» бег	3-5	8м	10м
3	Подскоки с остановкой по сигналу		1,5-2 мин	2 мин
4	Подскоки вперед с остановкой и движением в противоположную сторону		1,5 – 2 мин	2 мин
5	Кувырки вперед с открытыми глазами	3	4	5
6	Кувырки вперед с закрытыми глазами	3	4	5
7	Кувырки с последующей ходьбой по линии	3	4	5
8	Кувырки с последующей ходьбой боком, спиной вперед по гимнастическому бревну, линии	1-2	4	5
9	Перекаат со спины на живот «бревнышко», глаза открыты	2	4-5	5-6
10	То же, глаза закрыты	2	4-5	5-6
11	«Бревнышко» с последующей ходьбой по линии (бревну, гимнастической скамейке)	2	4-5	5-6
12	Прыжки со скакалкой с изменением темпа	3	10-15 с	15-30 с

Наиболее остро реагирует вестибулярный анализатор на комбинированные движения в разных направлениях, используемые в комплексе упражнений. Для усиления воздействия на вестибулярную систему на занятиях выполняются разученные упражнения с закрытыми глазами, активизируя тем самым другие компенсаторные механизмы восприятия. Эти упражнения представляют для неслышащих детей большую сложность.

Упражнения в метании на точность с мячами разного диаметра, веса и материала являются сильным раздражителем вестибулярного анализатора, так как приходится запрокидывать голову назад, напрягать зрение, координировать

движения, сохранять устойчивость, т. е. включать в работу различные сенсорные системы.

При проведении физкультурно-оздоровительных занятий необходимо соблюдать ряд методических требований:

1) подбирать упражнения, адекватные состоянию психофизических и двигательных способностей ребенка;

2) специальные коррекционные упражнения чередовать с общеразвивающими и профилактическими;

3) упражнения с изменением положения головы в пространстве выполнять с постепенно возрастающей амплитудой;

4) упражнения на статическое и динамическое равновесие усложнять на основе индивидуальных особенностей статокINETической устойчивости детей с обеспечением страховки;

5) упражнения с закрытыми глазами выполнять только после их освоения с открытыми глазами;

6) в процессе всего занятия активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Бабенкова, Р. Д. Занятия по развитию движений у детей с нарушением слуха в дошкольных учреждениях [Текст]: методические рекомендации / Р. Д. Бабенкова, Г. В. Трофимова. — М., 1973. — 32 с.
2. Байкина, Н. Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих [Текст] / Н. Г. Байкина, Б. В. Сермеев. — М.: Советский спорт, 1991. — 61 с.
3. Байкина, Н. Г. Влияние потери слуха на адаптационные и реабилитационные процессы глухих подростков [Текст] / Н. Г. Байкина, А. В. Мутьев, Я. В. Крет // Адаптивная физическая культура. — 2002. — № 4 (12). — С. 14.
4. Боскис, Р. М. Глухие и слабослышащие дети [Текст] / Р. М. Боскис. — М.: Педагогика, 1963. — 215 с.
5. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ–2017. – 58 с.
6. Выготский, Л. С. Вопросы воспитания слепых, глухонемых и умственно отсталых детей [Текст] / Л. С. Выготский. — М., 1924. — 281 с.
7. Матвеев, Л. П. Теория и методика физического воспитания [Текст] / Л. П. Матвеев, Л. Д. Новиков. — М., 1976.
8. Рау, Р. Р. Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся [Текст] / Р. Р. Рау, Я. В. Нейман, В. И. Бельтюков. — М.: Педагогика, 1981. — 162 с.
9. Розанова, Т. В. Развитие памяти и мышления глухих детей [Текст] / Т. В. Розанова. — М. : Педагогика, 1978. — 118 с.
10. Розова, А. П. Усвоение обобщенных и относительных понятий в условиях предметно-практической деятельности в обучении глухих школьников [Текст] / А. П. Розова. — М.: Просвещение, 1976. — С. 120–139.
11. Сергеев, Г. Б. Программы школы для слабослышащих и позднооглохших детей. Физическая культура (1–12 классы) [Текст] / Г. Б. Сергеев. — М., 1995. — 81 с.
12. Шолих, М. Круговая тренировка [Текст] / М. Шолих. — М., 1965.
13. Шиф, Ж. И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей [Текст] / Ж. И. Шиф. — М. : Просвещение, 1968. — 103 с.
14. Харре, Д. Учение о тренировке [Текст] / Д. Харре. — М., 1971.
15. Частные методики адаптивной физической культуры [Текст]: учебное пособие / под ред. Л. В. Шапковой. — М. : Советский спорт, 2003. — 464 с. : ил.
16. Яшкова, Н. В. Наглядное мышление глухих детей [Текст] / Н. В. Яшкова. — М.: Педагогика, 1988. — 144 с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с тяжелыми нарушениями речи

Согласно Единой концепции специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания. К данной группе относятся дети-инвалиды либо другие дети от рождения до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания (Малофеев, Никольская, Кукушкина, Гончарова 2013). Причинами той или иной формы дизонтогенеза могут быть как отдельные социальные, средовые и психофизиологические факторы, так и их совокупность.

Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО ОВЗ) следующим образом определяет категорию обучающихся по варианту требований 5.2. Это обучающиеся с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), для преодоления речевых расстройств которых требуются особые педагогические условия, специальное, систематическое целенаправленное коррекционное воздействие. К этой группе относятся:

- ✓ обучающиеся с алалией, афазией, ринолалией, дизартрией, заиканием, имеющих ОНР и нарушения чтения и письма, препятствующие обучению в общеобразовательных организациях

- ✓ обучающиеся с тяжелой степенью выраженности заикания при нормальном развитии речи.

Современные исследования в области изучения нарушений речи рассматривают речевые отклонения в тесной связи с психическим развитием обучающихся. В связи с этим Р.А. Белова-Давид говорит об особенном психическом статусе обучающихся с тяжелыми нарушениями речи, внешние проявления которого свидетельствуют о возможном наличии у детей с речевым недоразвитием психических расстройств.

По данным исследований Р.Е. Левиной и Н.А. Никашиной, патологии мозговых систем оформляют не только картину речевого недоразвития, но и всю психическую деятельность ребенка, что способствует затруднению его контакта с окружающими, возникновению частых реакций негативизма, склонности к образованию стереотипий, отрицательного отношения к новому, трудностей при переключении с одного вида деятельности на другой, медлительности всех психических процессов, скованности и неловкости моторики.

Базу для развития речи составляют слуховое, зрительное и тактильное восприятие. Общее недоразвитие речи оказывает отрицательное влияние на развитие этих неречевых процессов. У обучающихся с ОНР они развиты гораздо хуже. Дети испытывают трудности при обследовании предметов, выделении нужных свойств, а главное – в обозначении этих свойств словом. Обучающиеся со значительными усилиями подбирают названия цветов, геометрических фигур, им сложно ориентироваться в пространственных и временных отношениях, далеко не всегда используют те возможности восприятия, которыми обладают (Л.Н. Ефименкова, 1981).

Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции. В добавок ко всему отмечается общая соматическая ослабленность.

Двигательная сфера данной категории детей характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения.

И.Т. Власенко отмечает, что у детей с ОНР обнаруживается недостаточная сформированность аналитико-синтетической деятельности как в области наглядно-образного, так и понятийного мышления. Дети затрудняются в решении наглядно-образных задач, не могут вычленить отдельные части сложного, многоэлементного комплекса. Однако по мере формирования словесной речи и устранения собственно речевых трудностей их интеллектуальное развитие приближается к норме (Г.А. Волкова, 1993).

Наряду с общей соматической ослабленностью им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

Дети с общим недоразвитием речи отстают от нормально развивающихся сверстников в воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Например, перекачивание мяча с руки на руку, передача его с небольшого расстояния, удары об пол с попеременным чередованием; прыжки на правой и левой ноге, ритмические движения под музыку.

Отмечается недостаточная координация пальцев рук, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

Примерные цели и задачи организации занятий Адаптивной физической культурой с обучающимися с тяжелыми нарушениями речи

Целью является формирование представлений о значении физической культуры для укрепления здоровья человека (физического, социального и психологического), о ее позитивном влиянии на развитие человека (физическое интеллектуальное, эмоциональное, социальное), о физической культуре и здоровье как факторах успешной учебы и социализации; овладение умениями организовывать здоровьесберегающую жизнедеятельность (режим дня, утренняя зарядка, оздоровительные мероприятия, подвижные игры и т.п.); формирования навыка систематического наблюдения за своим физическим состоянием, величиной физических нагрузок, данных мониторинга здоровья (рост, масса тела и др.), показателей развития основных физических качеств (силы, быстроты, выносливости, координации, гибкости).

Задачи:

- укрепление здоровья, улучшение осанки, профилактика плоскостопия, содействие гармоничному физическому, нравственному и социальному развитию, успешному обучению;
- формирование первоначальных умений саморегуляции средствами физической культуры;
- овладение школой движений;
- развитие координационных (точности воспроизведения и дифференцирования пространственных, временных и силовых параметров движений. Равновесия, ритма, быстроты и точности реагирования на сигналы. Согласования движений, ориентирования в пространстве) и кондиционных (скоростных, скоростно-силовых, выносливости и гибкости) способностей;
- формирование элементарных знаний о личной гигиене, режиме дня, влиянии физических упражнений на состояние здоровья, работоспособность и развитие физических (координационных и кондиционных) способностей;

- выработка представлений об основных видах спорта, снарядах и инвентаре, о соблюдении правил техники безопасности во время занятий;
- формирование установки на сохранение и укрепление здоровья, навыков здорового и безопасного образа жизни;
- приобщение к самостоятельным занятиям физическими упражнениями, подвижными играми, использование их в свободное время на основе формирования интересов к определенным видам двигательной активности и выявлении предрасположенности к тем или иным видам спорта;
- воспитания дисциплинированности, доброжелательного отношения к товарищам, честности, отзывчивости, смелости во время выполнения физических упражнений, содействия развитию психических процессов (представления, памяти, мышления и др.) в ходе двигательной деятельности.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ– 2017.– 58 с.
2. Зайцева, И. А., Кукушин В. С., Ларин Г. Г., Румега Н. А., Шатохина В. И. Коррекционная педагогика / Под ред. В. С. Кукушина. Изд-е 2-е, перераб. и доп. – М.: ИКЦ «Март»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2004. – 352 с. (Серия «Педагогическое образование»).
3. Козленко Н. А. Физическое воспитание в системе коррекционно-воспитательной работы вспомогательной школы // Дефектология, 1991, № 2.
4. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова [и др.] ; под ред. Н. М. Назаровой. – 2-е изд., стер. – М. : Академия, 2001. – 400 с.
5. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. завед. / под ред. В. И. Лубовского. – М., 2003.
6. Тенкачева Т. Р., Терентьев А. Е., Токарская Л. В., и др. Методические рекомендации по проведению профориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях с учетом возможности использования дистанционных образовательных технологий в процессе физкультурно-оздоровительной и образовательной деятельности [Текст] / авт.-сост.: Т. Р. Тенкачева [и др.] ; Уральский федеральный университет им. первого Президента Российской Федерации Б. Н. Ельцина. – Екатеринбург:, 2018. – 184 с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения

Нарушения зрения проявляются в широком диапазоне нарушений приема информации по визуальному каналу. Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными.

Врожденная слепота может возникнуть в результате повреждения или заболевания плода в период внутриутробного развития. Кроме того, слепота может быть следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения. Анофтальм – отсутствие глазных яблок, редкая врожденная аномалия органа зрения. Бывает чаще всего двусторонним. При одностороннем анофтальме на другой стороне имеется уменьшенное в размерах глазное яблоко с большими изменениями тканей.

Приобретенная слепота обычно является следствием заболевания органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний ЦНС (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз. Нарушения зрительного анализатора могут быть прогрессирующие и непрогрессирующие.

В случае прогрессирующих зрительных нарушений, ухудшение зрения происходит постепенно под влиянием патологических процессов. К примеру, может повышаться внутриглазное давление или происходить изменения в тканях глаза. Зрение снижается при диагностировании у пациента мозговых опухолей и сотрясениях, внутричерепном давлении. Близорукость и дальнозоркость прогрессирует при несоблюдении человеком санитарно-гигиенических условий чтения и письма. К непрогрессирующим дефектам зрительного анализатора относят врожденные пороки – астигматизм, катаракта. Причинами этих

нарушений могут стать также последствия некоторых соматических и глазных заболеваний.

Классификации нарушений зрения

Первая классификация. Нарушения классифицируются по двум основным характеристикам: 1) степень снижения зрительной функции; 2) время возникновения. Эта классификация является основной и именно на ее основе строится система обучения, а также комплектуются учреждения для детей с нарушениями зрения. По ней выделяют такие группы, как: слепые и слабовидящие.

Слепые (незрячие) – категория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение (0,04 на лучшем видящем глазу с коррекцией очками), а также лица с прогрессирующими заболеваниями и сужением поля зрения (до 10–15°) с остротой зрения до 0,08. По степени нарушения зрения различают лиц с абсолютной слепотой на оба глаза, при которой полностью утрачиваются зрительные восприятия, и лиц практически слепых, у которых имеется светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, контуры (силуэты) предметов.

Слабовидящие – категория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучшем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение). Зрение слабовидящих остается у них ведущим анализатором. При этом их остаточное зрение сохранно лишь частично и является не вполне полноценным. Неоднородность группы слабовидящих детерминирована наличием у них как различных клинических форм слабости зрения (нарушение рефракции, патология хрусталика, глаукома, заболевания нервно-зрительного аппарата и др.), так и таких заболеваний, как врожденная миопия (в том числе осложненная), катаракта, гиперметропия высокой степени, ретинопатия

недоношенных, частичная атрофия зрительного нерва, различные деформации органа зрения и др.

Во **второй классификации** выделяют следующие категории лиц с недостатками зрения:

- слепорожденные;
- рано ослепшие;
- лишившиеся зрения после трех лет.

Данная классификация очень важна, так как от времени наступления зрительного дефекта зависит психическое и физическое развитие человека. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, особенности искаженного развития.

Слепорожденные. Их психическое развитие идет по тем же закономерностям что и развитие зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере. Они не имеют в своей памяти тех зрительных образов, которыми обладают ослепшие. Развитие высших психических функций (внимание, память, речь, логическое мышление) у слепорожденных протекает в норме. Одновременно с этим при нарушении взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций появляется некоторое своеобразие мыслительной деятельности с преобладающим развитием абстрактного мышления.

Ослепшие отличаются от слепорожденных временем потери зрения: чем позже теряет зрение человек, тем больше у него накопительный объем зрительных представлений, которые обычно воссоздаются за счет словесных описаний. Таким образом, если не прикладывать усилия к развитию зрительной памяти, частично сохранившейся после потери зрения, то со временем будет происходить постепенное стирание зрительных образов.

В зависимости от типа нарушения зрения и отнесенности к определенной классификации инвалидности по зрению можно выделить две устойчивые группы лиц с различной **степенью психологической адаптации**:

- 1) с высокой психологической адаптацией;

2) с низкой психологической адаптацией.

Обе группы различаются определенными личностными характеристиками, которые во многом и определяют уровень психологической адаптации, успешность социализации инвалида по зрению в целом.

К первой группе относятся лица, имеющие следующие характерные качества: позитивный настрой, социальную открытость, ровное настроение, повышенную общительность, коммуникабельность. Обычно им свойственна высокая самооценка и часто переоценка своих сил и возможностей, что отражается часто в неадекватных желаниях и претензиях. Это люди с развитой эмоциональной подвижностью. Они адекватно и гибко реагируют на изменения в социальной сфере и отношение к ним окружающих. Они социально активны, готовы помогать другим. В то же время в структуре их личности присутствует такой компонент, как ригидность. Это выражается в определенной стойкости аффекта. В поведении таких людей можно отметить черты обидчивости, повышенной психологической ранимости.

Вторая группа, которая характеризуется как неадаптированная или мало адаптированная, включает лиц, не достигших высокого уровня психологической реабилитации. Они живут в состоянии внутреннего дискомфорта и конфликта, не поддающегося разрешению собственными силами. У них на первый план выступают факторы тревожности и неуправляемости поведением. Основное для таких лиц – чувство страха, порождаемое внешними обстоятельствами. Эти лица часто застенчивы, скованны, закомплексованы. У них обычно отмечаются признаки неуверенности в себе, в своих силах и возможностях. Именно у этих лиц развиты стереотипные социальные установки в отношении слепоты и ее восприятия в обществе.

При исследованиях социальных установок слепых, по отношению к зрячим и по отношению к себе выявлено, что установки слепых не соответствуют стереотипам, принятым в обществе.

Тенденции слепых по отношению к зрячим также могут быть разделены на три типа:

- 1) социальная тенденция зависимости, то есть с точки зрения слепого зрячие обязаны осуществлять помощь слепому и зачастую многое делать вместо него;
- 2) тенденция избегать зрячих, предпочитая общение с себе подобными;
- 3) адекватная социальная тенденция, при которой общение с людьми будет строиться не на факте наличия или отсутствия зрительных дефектов.

Выявлено, что восприятие у лиц с нарушением зрения себя также имеет характерные особенности. Во-первых, это связано с оценкой своей внешности. При этом самооценка именно этого фактора у незрячих зависит от той точки отсчета, который они используют: либо за идеал берется собственное представление о своей внешности, основанное на оценке своего положения, либо идет координация с внешними оценками, идущими от зрячих.

При слабовидении страдает и скорость зрительного восприятия; нарушено бинокулярное зрение, то есть отсутствует возможность полноценно видеть обоими глазами, – все это у слабовидящих может привести к «пространственной» слепоте, когда нарушено восприятие перспективного и глубинного пространства, что является немаловажным, к примеру, при черчении или чтении чертежей.

Кроме того, у слабовидящих, занятых зрительной работой, быстро наступает утомление, и это, как правило, снижает работоспособность. Способствовать ухудшению зрения могут и многие обычные движения, как, например, поднятие тяжестей, наклоны, резкие прыжки, поэтому для слабовидящих они являются противопоказанием.

Человек с нарушением зрения не в состоянии обрести многие навыки общения, в том числе и в полной мере овладеть невербальными средствами общения (жест, мимика, пантомимика), и особенно спонтанным путем через естественное наблюдение и подражание как это имеет место у зрячих.

Неадекватность оценки своих возможностей может приводить к конфликтам в общении или снижении потребности в нем. Наиболее сложно складываются взаимоотношения лиц с нормальным и с нарушенным зрением. Нередко причиной осложнения коммуникации является вовсе не отрицательная позиция зрячего по отношению к инвалиду, а незнание и непонимание особенностей такого общения. Таким образом, необходимо обращать особое внимание на формирование у нормально видящих адекватных установок по отношению к инвалидам по зрению.

Особенности физического развития и двигательных нарушений

Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии с трудностями, возникающими при зрительном подражании, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в подвижных играх, нарушается координация и точность движений. **Индивидуальные отклонения обусловлены рядом причин:**

- ✓ расстройством функций зрения на основе органических нарушений, сопровождающихся трудностями формирования физических качеств,
- ✓ ограничением возможностей зрительного подражания, порождающим искаженное представление об окружающей действительности,
- ✓ неблагоприятным периодом дошкольного воспитания (у детей, не посещающих детские дошкольные учреждения), тормозящим развитие познавательной и двигательной активности,
- ✓ снижением иммунитета к инфекционным и простудным заболеваниям, и как следствие, к пропускам академических занятий, снижению успеваемости учащихся.

В ряде исследований (Земцова М.И., Каштан М.С., Певзнер М.С., 1967) представлена анатомо-физиологическая связь между зрительной сенсорной системой и вегетативными функциями, связь между зрительной афферентацией и

обменными процессами, состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Авторы предполагают, что энергия световых лучей, направляясь через глаз в гипоталамус и гипофиз, регулирует вегетативно-эндокринные функции организма и оказывает общее тонизирующее действие на центральную нервную систему. Поэтому реализация резервных возможностей организма ребенка с ограниченными возможностями может быть эффективной только при рациональном двигательном режиме. Известно, что наибольший коррекционный эффект обучения детей с проблемами в развитии зависит от выбора оптимального возрастного этапа.

Младший школьный возраст является наиболее благоприятным, сенситивным для освоения различных видов деятельности, формирования у школьников привычки к систематическим занятиям физическими упражнениями, привития навыка здорового образа жизни, обеспечивающего реализацию личностных, жизненных потенциалов детей с нарушением зрения. В младшем школьном возрасте развиваются мышечно-двигательные ощущения, улучшается зрительный и осязательный контроль за выполнением движений, совершенствуется координация между зрительными ощущениями и выполнением движений. И.М. Сеченов отмечал, что согласованность движений рук и глаз человека разучивается с детства. Всякий раз рука играет роль хватательного орудия и без руководства глаз служить таким орудием не может. Однако младшие школьники с нарушением зрения часто путают правую и левую стороны. Своеобразие развития сенсорных функций обуславливает выраженную степень асимметрии в развитии движений левой и правой руки. Г.Х. Кекгель, М.И. Земцова, И.С. Моргулис (1962) своими исследованиями показали несогласованность движений рук, обосновывая функциональную асимметрию явлениями компенсаторного характера. В процессе обучения в связи с трудовой и игровой деятельностью правая рука более совершенствуется в исполнительных функциях, а левая – в контрольных. В связи с этим точность движения правой руки по мере обучения повышается. Уровень физического развития и физической подготовленности детей младшего и среднего школьного возраста с депривацией

зрения значительно отстает от нормально видящих сверстников: в весе (от 3 до 5%), росте (от 5 до 13 см), в показателях окружности грудной клетки у детей младшего и среднего возраста отставание составляет у слабовидящих до 4,7 см. Заметное отставание от нормы отмечается и в развитии жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Исследования И.И. Шмелькова (1981), Р.Н. Азаряна (1989), Л.Н. Ростомашвили (1999) показывают, что у детей 10–12 лет с нарушением зрения ЖЕЛ=1600 куб. см, а у нормально видящих – 1800 куб. см. Мышечная сила (кистевая) у детей с нарушением зрения по сравнению с нормой слабо развита. У слабовидящих школьников показатели кистевой динамометрии ниже на 28 %, чем у нормально видящих сверстников, в показателях гибкости они уступают последним в среднем на 12–15%. Л.Ф. Касаткин (1967, 1970), И.И. Шмельков (1981) и Б.В. Сермеев (1984) указывают на очень низкое развитие мышечной силы у девушек. Наиболее выраженная разница в росте мышечной силы у незрячих детей по сравнению с нормально видящими наблюдается в 7–14 лет: отставание у мальчиков 3,5–5 кг, у девочек 1–1,5 кг. У детей с патологией зрения отмечается нарушение координации движений. В возрасте 8–9 лет оно составляет 28 %, а к 16 годам достигает 52%. Школьники испытывают трудности в выполнении согласованных движений рук и ног. Сопоставление результатов скоростно-силовых качеств показывает, что незрячие дети в 7 – 9 лет обладают самым низким уровнем прыжковой способности. Исследование (И.И. Шмельков, 1981) прыгучести (прыжок в высоту с места) у незрячих школьников выявило отставание от нормально видящих сверстников на 6,9 см. Результаты прыжков в длину с места у мальчиков ниже результатов, нормально видящих на 16–24%. По данным А. Г. Сухарева (1975), слабовидящие мальчики младшего школьного возраста проходят в день 4,1 км, а зрячие дети 10,3 км; в среднем школьном возрасте слабовидящие – 6,8 км, а зрячие – 14,7 км; в старшем возрасте соответственно 3,5; 4,8 и 12,2 км. Эти данные свидетельствуют о низкой двигательной активности, а, следовательно, меньшей выносливости и работоспособности детей с нарушением зрения. С возрастом показатели физического развития у детей со зрительной депривацией увеличиваются, но

более медленно по сравнению с нормально видящими. У незрячих и слабовидящих отмечаются наиболее выраженные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем на всех возрастных этапах развития. Возрастная динамика физического развития у этих детей сохраняется такой же, как и в норме, но уровень физического развития значительно ниже. Например, если в норме формирование быстроты движений завершается к 15 годам, то у детей с депривацией зрения развитие быстроты движений продолжается и после 16 лет. У школьников с нарушением зрения отмечается задержка статической выносливости. В норме развитие этой функции завершается к 14 годам, у слабовидящих продолжает развиваться до 17 лет. Наиболее выраженные отклонения у детей с нарушением зрения в старшем школьном возрасте: длина тела у них меньше на 5 - 5,5 см по сравнению с нормально видящими сверстниками, масса тела на 6 - 7% ниже, окружность грудной клетки в среднем на 4 см меньше, чем у нормально видящих (Касаткин Л. Ф., 1980). Мышечная сила значительно ослаблена, движения угловаты, медленны и нерешительны, наблюдается нарушение статического и динамического равновесия.

Вторичные отклонения в физическом развитии детей, обусловленные нарушением зрения. По данным Е. И. Ливадо (1974), А. К. Акимовой (1973, 1977, 1979), Р.Н. Азаряна (1989), у слабовидящих школьников плоскостопие встречается от 30 до 53,8%, мышечная слабость – у 12 %. Б.П. Ермаков (1989, 1990) констатирует, что нарушение осанки наблюдается у 59,2% слабовидящих мальчиков и 58 % девочек, тогда как у нормально видящих соответственно у 20 % и 14 %; значительно больше и число простудных заболеваний. Исследования Л.Н. Ростомашвили (1997) показали, что 87% учащихся школы-интерната для слепых и слабовидящих детей Санкт-Петербурга относятся к специальной медицинской группе. Нередко дети с нарушениями зрения поступают в школу с уже стойкими нарушениями осанки, с круглой спиной, усилением грудного кифоза и уплощением поясничного лордоза, сколиозом, плоскостопием и т.д. При нарушении осанки и деформации позвоночника грудная клетка видоизменяется,

снижается жизненная емкость легких, что в свою очередь приводит к заболеваниям органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

По данным медико-психолого-педагогической оценки, все причины вторичных отклонений можно разделить на две группы: 1) органические нарушения, наследственные заболевания, врожденное слабовидение, обуславливающие трудности формирования гармонически развитой личности; 2) недостаточный уровень социальных и педагогических условий для гармоничного развития ребенка с депривацией зрения, отсутствие или недостаточность профилактической, коррекционной работы с данной категорией детей.

К сопутствующим заболеваниям, встречающимся у детей с нарушением зрения, относятся: общее недоразвитие речи (ОНР) разных уровней, сопровождающееся различными типами дизартрии, недоразвитие письменной речи смешанного характера (разные виды дисграфии), соматические заболевания, задержка психического развития, детский церебральный паралич, минимальная мозговая дисфункция (ММД) ММД – часто встречающееся заболевание. Оно характеризуется негрубым поражением центральной нервной системы, сопровождается мышечной дистонией – неуклюжестью, неловкостью, скованностью в движениях, трудностями в освоении письма, точности моторики. Наиболее характерны для ММД двигательная расторможенность, суетливость, чрезмерная двигательная активность, шаловливость, плохая обучаемость, низкая дисциплина и неорганизованность. Периодически появляются вспышки гнева. Такие дети сталкиваются с непониманием со стороны сверстников, оказываются в эпицентре конфликтов. В результате они накапливают отрицательный опыт межличностных отношений. Нередко у них развивается невроз в виде неврастения. Такой ребенок биологически не способен быть тихоней, сдержанным и целеустремленным. Эти качества необходимо терпеливо прививать, умело направлять его сверхактивность в русло продуктивных игр, физических упражнений, интересной деятельности. При правильной коррекционной работе с таким ребенком к 10–11 годам отрицательные проявления сглаживаются, он будет нормально учиться и упорядочит свое

поведение, станет достаточно контактнм и адекватным в поведенческих реакциях (В. И. Гарбузов, 1982). Таким образом, дети с депривацией зрения нуждаются в профилактической и коррекционной работе, направленной на нормализацию двигательных функций. Эта работа должна предусматривать комплексный характер, т. е. оказывать положительное влияние на все ослабленные функции ребенка, обеспечивая наилучшие условия его жизнедеятельности и развития.

Адаптивное физическое воспитание строится с учетом индивидуального и дифференцированного подходов к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей детей, а также с учетом эмоциональной насыщенности. Эмоциональность занятий зависит от разнообразия упражнений, от общего тона проведения занятий, интонации и команды преподавателя. Меняется тембр звука (громко, тихо, мягко, строго) с учетом психического состояния обучающихся, их быстрой утомляемости, специфических особенностей развития и восприятия учебного материала.

При обучении незрячих двигательным действиям используются альбомы с рельефным изображением различных поз и движений, наглядные пособия, адаптированный спортивный инвентарь. Например, при формировании навыков ориентировки, с целью самоконтроля, на чехле вдоль длины матраса пришита шелковая полоса шириной 4–5 см. К нетрадиционному спортивному инвентарю относятся озвученные мячи, мячи с веревочкой, которая крепится к поясу, и ребенок, потерявший мяч, имеет возможность без посторонней помощи его поднять, мяч с запахом ванилина используется как обонятельный ориентир. Использование матрасиков с шелковой полоской с целью самоконтроля как осязательный ориентир, педальки для развития равновесия и формирования навыка правильной осанки, конус для развития вестибулярного аппарата и многое другое.

Слепые живут «в мире звуков», поэтому музыкальное сопровождение общеразвивающих упражнений во время разминки для них приобретает огромное значение. Музыка диктует темп и ритм при выполнении движений,

тренер-преподаватель освобожден от необходимости вести подсчет. Это позволяет своевременно исправлять ошибки, допускаемые обучающимися.

Дети с нарушением зрения нуждаются в осторожном подходе к занятиям физическими упражнениями. При регулировании физической нагрузки целесообразно придерживаться следующих [рекомендаций](#):

- ✓ использовать как стандартные (одинаковые по скорости, темпу и весу), так и переменные (изменяющиеся в ходе занятия) виды нагрузки; варьировать формы и условия выполнения двигательных действий;
- ✓ варьировать объем нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся, уровня их физической подготовленности;
- ✓ варьировать физическую нагрузку, чередуя ее с паузами для отдыха, заполняемыми упражнениями для зрительного тренинга, на релаксацию, на регуляцию дыхания, пальчиковую гимнастику и пр.;
- ✓ воздерживаться от длительной статической нагрузки с поднятием тяжести, упражнений высокой интенсивности, которые могут вызвать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию, особенно у детей с глаукомой, высокой миопией и другими заболеваниями;
- ✓ учитывать сенситивные периоды развития физических качеств;
- ✓ для улучшения психосоматического состояния использовать психогимнастику;
- ✓ наблюдать за самочувствием занимающихся; умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление;
- ✓ при наличии синдрома эпилепсии исключать упражнения на стимулирование дыхательной системы, на повышенной опоре, игры высокой интенсивности, все то, что может спровоцировать приступ.

Для детей с нарушением зрения (при некоторых заболеваниях) предусматриваются следующие **ограничения**:

- ✓ резкие наклоны прыжки,
- ✓ упражнения с отягощением,
- ✓ акробатические упражнения (кувырки, стойки на голове, плечах, руках, висы вниз головой),
- ✓ соскоки со снарядов,
- ✓ упражнения с сотрясением тела и наклонным положением головы, резким перемещением положения тела и возможными травмами головы,
- ✓ упражнения высокой интенсивности,
- ✓ длительные мышечные напряжения и статические упражнения,
- ✓ нагрузки с большой интенсивностью в беге,
- ✓ передвижение на коньках.

Ограничения имеют место при следующих заболеваниях: увеит (хореоретинит), свежая травма оболочек глазных яблок, дегенерация или отслойка сетчатки, дистрофия роговицы, опухоли мозга или глаза, глаукома, катаракта, афакия, миопия высокой степени (выше 6,0 D с осложнением на глазном дне), в раннем послеоперационном периоде после замены хрусталика (первые полгода), подвывих (смещение) хрусталика, который происходит вследствие слабости или разрыва связки, поддерживающей его в глазу.

При наличии этих заболеваний противопоказаны следующие виды спорта прыжки в воду, тяжелая атлетика, бокс, борьба, хоккей, футбол, баскетбол (разрешается выполнять лишь безопасные элементы футбола, баскетбола, хоккея), велоспорт, горнолыжный спорт, мотоспорт.

Чрезмерная физическая нагрузка может привести к отслойке сетчатки, кровоизлияниям на глазном дне и прочим осложнениям. Слабая степень миопии (до 3,0 D) не является препятствием для занятий спортом.

Е.И. Ливадо (1974), И.В. Сухиненко (1980), Р.Н. Азарян (1989) установили, что циклические упражнения (бег, плавание, ходьба на лыжах,

упражнения умеренной интенсивности, физические упражнения в сочетании со специальными упражнениями для цилиарной мышцы) оказывают благоприятное воздействие на функции миопического глаза, на гемодинамику и аккомодационную способность глаза.

Подвижные и спортивные игры также являются хорошим средством регулирования физической нагрузки. Например, использование игр малой и средней интенсивности («Тише едешь — дальше будешь», «Пограничники», «Сделайте, пожалуйста» и др.), выполнение задания на внимание (10 шагов вперед, 9 назад, 9 шагов вперед, 8 назад и пр.) Используются также сюжетно-ролевые и подвижные игры с корригирующей направленностью (игры с мячом, игры, направленные на развитие слухового и осязательного анализаторов, на развитие навыков пространственной ориентировки и пр.).

Выбор любого вида спорта для занятий согласовывается с врачом-окулистом. В старших классах в связи с увеличением объема школьной программы, дефицита свободного времени, снижением двигательной активности значение физической культуры возрастает. Тем не менее Э.С. Аветисов (1980) рекомендует некоторые ограничения для юношей с миопией от 3 до 6 D исключить преодоление полосы препятствий, классическую борьбу, силовые упражнения на перекладине, подтягивание и подъем из виса в упор, заменив их подъемом по канату с помощью ног. Школьники старших классов с миопией более 6 D занимаются в специальных группах. Для школьников с осложненной миопией рекомендуются ограничения физической нагрузки, согласованные с врачом-офтальмологом.

Несмотря на некоторые ограничения, следует отметить, что опасен для здоровья не вид движений, а методика их проведения. Дети с депривацией зрения могут заниматься следующими видами спорта: плавание, лыжные гонки, легкая атлетика, гимнастика, отдельные виды борьбы, шашки, шахматы, армрестлинг; спортивные игры для незрячих детей старшего школьного возраста (13–18 лет) – голбол, роллингбол, торбол и тенебиль и др. не только показаны без ограничений, но и оказывают положительное влияние.

Участие в соревнованиях детей школьного возраста предусматривает обязательный допуск и контроль врачей: офтальмолога и педиатра.

Таким образом, квалифицированная и своевременная помощь ребенку с депривацией зрения позволит избежать дальнейших нарушений в физическом развитии и откроет больше возможностей для их полноценного роста и развития.

Методика проведения коррекционных занятий с детьми, имеющими нарушения зрения

К *общим задачам* адаптивной физической культуры относятся: воспитание гармонически развитого ребенка, укрепление здоровья; воспитание волевых качеств; обучение жизненно важным двигательным умениям, навыкам; развитие физических качеств: быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости.

К *специальным задачам* относятся:

- охрана и развитие остаточного зрения; развитие навыков пространственной ориентировки;
- развитие и использование сохранных анализаторов;
- развитие зрительного восприятия: цвета, формы, движения (удаление, приближение), сравнение, обобщение, выделение; развитие двигательной функции глаза;
- укрепление мышечной системы глаза;
- коррекция недостатков физического развития, обусловленных депривацией зрения;
- коррекция скованности и ограниченности движений;
- коррекционно-компенсаторное развитие и совершенствование мышечно-суставного чувства;
- активизация функций сердечно-сосудистой системы; улучшение и укрепление опорно-двигательного аппарата;
- коррекция и совершенствование координационных способностей, согласованности движений;

- развитие межпредметных знаний;
- развитие коммуникативной и познавательной деятельности и пр.

В современной практике адаптивной физической культуры для решения как основных, так и коррекционных его задач имеется богатый арсенал физических упражнений.

1. Передвижения: ходьба, бег, подскоки.

2. Общеразвивающие упражнения:

- без предметов;
- с предметами (гимнастические палки, обручи, озвученные мячи, мячи разные по качеству, цвету, весу, твердости, размеру, мешочки с песком, гантели 0,5 кг и др.);

- на снарядах (гимнастическая стенка, скамейка, бревно, кольца, перекладина, ребристая доска, тренажеры — механотерапия и т. д.).

3. Упражнения на формирование навыка правильной осанки.

4. Упражнения для укрепления сводов стопы.

5. Упражнения для развития и укрепления мышечно-связочного аппарата (укрепления мышц спины, живота, плечевого пояса, нижних и верхних конечностей).

6. Упражнения на развитие дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

7. Упражнения на развитие равновесия, координационных способностей (согласованность движений рук и ног, тренировка вестибулярного аппарата и пр.). Для совершенствования координации движений используются необычные или сложные комбинации различных движений, упражнения на тренажерах.

8. Упражнения на развитие точности движений и дифференцировки усилий.

9. Лазанье и перелезание (преодоление различных препятствий).

10. Упражнения на расслабление (физическое и психическое), расслабление мышц (релаксация мышц), сознательное снижение тонуса различных групп мышц. Они могут иметь как общий, так и локальный характер.

11. Специальные упражнения по обучению приемам пространственной ориентировки на основе использования и развития сохранных анализаторов (остаточное зрение, слух, обоняние).

12. Упражнения на развитие и использование сохранных анализаторов.

13. Упражнения для развития мелкой моторики руки.

14. Специальные упражнения для зрительного тренинга: на улучшение функционирования мышц глаза; на улучшение кровообращения тканей глаза; на развитие аккомодационной способности глаза; на развитие кожно-оптического ощущения; на развитие зрительного восприятия окружающей обстановки и др.

15. Плавание.

16. Лыжная подготовка.

К *вспомогательным средствам* адаптивной физической культуры относятся: гигиенические факторы (гигиенические требования к процессу обучения, соблюдение режима дня, зрительной нагрузки и т. д.); естественные силы природы. Правильное использование таких естественных факторов природы, как солнце, воздух и вода, оказывающих благоприятное воздействие на физическое развитие, здоровье и закаливание детей. К гигиеническим факторам относятся все мероприятия, касающиеся сохранения зрения, здоровья детей.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Азарян Р.Н. Обучение слепых и слабовидящих детей правильной ходьбе. М.,1989.
2. Бастрон О. В., Сафронова И. Н., Коррекционная и профилактическая направленность адаптивного физического воспитания слепых и слабовидящих детей. - Томск.: Из-во ТГПУ, 2007. - С.167-169
3. Беженцева Л. И. Особенности организации процесса физического воспитания детей инвалидов (слепых и слабовидящих) в условиях школы-интерната / Л. И. Беженцева. - Томск. Изд-во ТГПУ, 2003. - С. 233-237
4. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ– 2017.– 58 с.
5. Демирчоглян Г. Г., Специальная физическая культура для слабовидящих школьников / Г. Г. Демирчоглян, А. Г. Демирчоглян. - М.: Советский спорт, 2000. – С. 95-102
6. Ростомашвили Л.Н. Физические упражнения для детей с нарушением зрения (метод, рекомендации для учителей, воспитателей, родителей). СПб., - 2001.
7. Шапкова, Л.В. Функции адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Л.В. Шапкова. – СПб.: СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2012. – 82 с.
8. Частные методики адаптивной физической культуры [Текст]: учебное пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с. : ил.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Психолого-педагогическая характеристика

обучающихся с умственной отсталостью (нарушениями интеллекта)

Умственная отсталость (как альтернативное понятие часто употребляют термин интеллектуальная недостаточность), в соответствии с определением, которое содержится в МКБ 10 пересмотра – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Большинство умственно отсталых детей (75–80%) страдают олигофренией (Асанов). По мнению М.С. Певзнер, Е.А. Стребелевой и др. **олигофрения** (от греч. *olygos* – малый, *phrēn* – ум) – особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин.

В соответствии с МКБ - 10 по глубине дефекта умственная отсталость подразделяется на: легкую, умеренную, тяжелую и глубокую.

В дошкольном возрасте диагноз «умственная отсталость» может не ставиться, чаще всего используется диагноз «задержка психического развития» (ЗПР) или «задержка психоречевого развития» (ЗПРР). Однако, зачастую, уже в дошкольном возрасте становится очевидным, что у ребенка имеется именно это нарушение, особенно при выраженных степенях умственной отсталости.

Психолого-педагогические особенности детей с умственной отсталостью

Компоненты психики	Степень умственной отсталости	Особенности проявления
Мышление	F70	Ограничена способность к абстрактному мышлению, относительная сохранность наглядно-образного мышления
	F71, F72	Затруднено или отсутствует обобщение, понимание скрытого смысла, заучивание носит механический характер
	F73	Отсутствие элементарных процессов мышления
Внимание и память	F70	Уменьшен объем внимания, ухудшена концентрация внимания, произвольное внимание нестойкое. Запоминание непрочное, быстрое забывание, хорошо сформирована механическая память
	F71, F72	Неустойчивое внимание, память развита недостаточно, нарушено произвольное запоминание, страдает даже механическая память
	F73	Внимание и память не развиты
Речь	F70	Запаздывание начала формирования речи, зачастую встречаются нарушения звукопроизношения, снижен объем словаря, нарушения грамматического строя
	F71, F72	Запаздывание речи на 3-5 лет, нарушения звукопроизношения, бедный словарный

		запас. Речь может состоять из отдельных слов, структура слов нарушена, пользуются жестами
	F73	Речь заменяется нечленораздельными звуками
Ощущения и восприятие	F70	Сужен объем зрительного, слухового и др. видов восприятия, затруднено ориентирование
	F71, F72	Отстает развитие зрительного, слухового, тактильного анализаторов, аномалии зрения и слуха. Восприятие может быть поверхностным, окружающие предметы воспринимаются и различаются удовлетворительно. Затруднено самостоятельное ориентирование в ситуации.
	F73	С трудом ориентируются в окружающем, могут не отличать съедобное от несъедобного
Эмоционально-волевая сфера и личность	F70	Интерес направлен на текущую деятельность, эмоции отстают в развитии, наблюдается нестабильность чувств, уровень притязаний снижен, самооценка подвержена изменениям. Снижена работоспособность. Нарушена ролевая игра.
	F71, F72	Грубо нарушена эмоциональная сфера.
	F73	Нарушено представление о себе как о личности
Мотивация	F70	Своеобразие целей, мотивов, средств.

		Нарушена целенаправленность деятельности. Многие дети, достаточно смыслены, мало чем отличаются в дошкольном возрасте от сверстников с сохранным интеллектом, хотя они более подвержены чувству беспомощности и разочарования, что дополнительно усложняет их социальное и когнитивное развитие, однако в школьные годы это становится более очевидным. Зачастую начинают ожидать неудачи даже при выполнении тех задач, с которыми могут справиться; при отсутствии надлежащего обучения их мотивация выполнять новые требования понижается. Ожидают меньшего успеха, ставят для себя низкие цели и довольствуются минимальным успехом, когда могут достичь большего.
	F71, F72	Крайне снижена работоспособность, мотивация, уровень притязаний.
	F73	Полностью отсутствует мотивация.
Поведение	F70- F72	Дети с сохранным поведением ведут себя несколько более адекватно. Они с удовольствием берут в руки ярко окрашенные или новые для них предметы, некоторое время смотрят на них. Однако не задают взрослым вопросов, не пытаются об этих предметах узнать что-то

		новое самостоятельно. Стереотипные действия не проявление любознательности, а плохая привычка. Нередко дети безжалостно и бездумно ломают новые игрушки, разбивают и уничтожают их. Но такая деятельность не представляет собой попытку практического анализа предмета, осуществление желания выяснить присущие ему качества и свойства. Возбудимые дети хватают все, что попадает в поле их зрения, не задумываясь о том, можно ли это делать. Однако ими руководит не интерес, а свойственная им импульсивность. Они тут же бросают взятое, поскольку предмет сам по себе им не нужен. Заторможенные дети как бы не замечают того, что вокруг них находится. Ничто не привлекает их внимания
--	--	--

В зависимости от степени умственной отсталости уровень недоразвития детей с этим диагнозом может быть разный. От относительно легкого варианта, которое проявляется в отставании речевой функции, моторной сферы, несформированности речи, до тяжелых вариантов, когда у детей полностью отсутствуют произвольные функции, как в поведении, так и в психике.

Особенности физического развития и двигательных способностей детей

На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывает влияние тяжесть интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей.

Психомоторное недоразвитие детей с легкой умственной отсталостью проявляется в замедленном темпе развития локомоторных функций, непродуктивности движений, двигательном беспокойстве и суетливости. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения рук, предметная манипуляция, жестикуляция и мимика.

У детей с умеренной умственной отсталостью моторная недостаточность обнаруживается в 90—100% случаев (Шипицына Л.М., 2002). Страдает согласованность, точность и темп движений. Они замедленны, неуклюжи, что препятствует формированию механизма бега, прыжков, метаний. Даже в подростковом возрасте школьники с трудом принимают и удерживают заданную позу, дифференцируют свои усилия, переключаются на другой вид физических упражнений. У одних детей двигательное недоразвитие проявляется в вялости, неловкости, низкой силе и скорости двигательных действий, у других — повышенная подвижность сочетается с беспорядочностью, бесцельностью, наличием лишних движений (Бобошко В.В., Сермеев А.Р., 1991).

Системное изложение нарушений двигательной сферы умственно отсталых детей представлено в «классификации нарушений физического развития и двигательных способностей детей-олигофренов», разработанной А.А. Дмитриевым (1989, 1991, 2002).

Нарушения физического развития: отставания в массе тела; отставания в длине тела; нарушения осанки; нарушения в развитии стопы; нарушения в развитии грудной клетки и снижение ее окружности; парезы верхних конечностей; парезы нижних конечностей; отставания в показателях объема жизненной емкости легких; деформации черепа; дисплазии; аномалии лицевого скелета.

Нарушения в развитии двигательных способностей:

- ✓ Нарушение координационных способностей — точности движений в пространстве; координации движений; ритма движений; дифференцировки мышечных усилий; пространственной ориентировки; точности движений во времени; равновесия.
- ✓ Отставания от сверстников, не имеющих нарушений в развитии физических качеств – силы основных групп мышц рук, ног, спины, живота на 15–30%; быстроты реакции, частоты движений рук, ног, скорости одиночного движения на 10–15%; выносливости к повторению быстрой динамической работы, к работе субмаксимальной мощности, к работе большой мощности, к работе умеренной мощности, к статическим, усилиям различных мышечных групп на 20–40%; скоростно-силовых качеств в прыжках и метаниях на 15–30%; гибкости и подвижности в суставах на 10–20%.

Нарушения основных движений:

- ✓ неточность движений в пространстве и времени;
- ✓ грубые ошибки при дифференцировании мышечных усилий;
- ✓ отсутствие ловкости и плавности движений;
- ✓ излишняя скованность и напряженность;
- ✓ ограничение амплитуды движений в ходьбе, беге, прыжках, метаниях.

Специфические особенности моторики обусловлены, прежде всего, недостатками высших уровней регуляции. Это порождает низкую эффективность операционных процессов всех видов деятельности и проявляется в несформированности тонких дифференцированных движений, плохой координации сложных двигательных актов, низкой обучаемости движениям, косности сформированных навыков, недостатках целесообразного построения движений, затруднениях при выполнении или изменении движений по словесной инструкции.

Отставание в физическом развитии умственно отсталых детей и степень приспособления к физической нагрузке зависят не только от поражения ЦНС, но и являются следствием вынужденной гипокинезии. Отсутствие или ограничение двигательной активности тормозит естественное развитие ребенка, вызывая цепь негативных реакций организма: ослабляется сопротивляемость к простудным и инфекционным заболеваниям, создаются предпосылки для формирования слабого малотренированного сердца. Гипокинезия часто приводит к избыточному весу, а иногда к ожирению, что еще больше снижает двигательную активность.

М.С. Певзнер (1989), С.Д. Забрамная (1995), Е.М. Мастюкова (1997) отмечают характерные для умственно отсталых школьников быстрое истощение нервной системы, особенно при монотонной работе, нарастающее утомление, снижение работоспособности, меньшую выносливость. У многих обучающихся встречаются нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, внутренних органов, зрения, слуха, врожденные структурные аномалии зубов и прикуса, готическое небо, врожденный вывих бедра, а также множественные сочетанные дефекты (Худик В.А., 1997).

Среди вторичных нарушений в опорно-двигательном аппарате отмечаются деформация стопы, нарушения осанки (сколиозы, кифосколиозы, кифозы, лордозы), диспропорции телосложения, функциональная недостаточность брюшного пресса, парезы, кривошея. Мелкие диспластические признаки встречаются у 40% умственно отсталых школьников.

Оценивая физическое развитие обучающихся 9–10-летнего возраста, Н.А. Козленко (1987) отмечает, что 45% детей имеют плохое физическое развитие, среднее гармоническое развитие – 25%, развитие ниже среднего – 23%, чрезмерно негармоничное – 7%. У 55% младших школьников нарушен акт ходьбы и бега, у 36% наблюдаются трудности выполнения изолированных движений пальцами (застегивание пуговиц, завязывание шнурков, бантов). У

обучающихся 5–9-х классов уровень двигательных возможностей повышается, заметно сглаживаются нарушения движений пальцев, лучше выполняются задания по словесной инструкции.

Е.С. Черник (1997) утверждает, что уровень развития физических качеств находится в прямой зависимости от интеллектуального дефекта. Так, в развитии выносливости дети с легкой умственной отсталостью уступают сверстникам, не имеющим нарушений, на 11%, с умеренной умственной отсталостью – на 27%, с тяжелой – около 40%. Приблизительно такие же данные получены и в развитии мышечной силы, хотя школьники с высоким уровнем физического развития по силе подчас не уступают подросткам, не имеющим нарушений. Значительное отставание отмечается у детей с умственной отсталостью в развитии скоростных качеств, особенно во времени двигательной реакции. Б.В. Сермеев и М.Н. Фортунатов объясняют этот факт запаздыванием становления двигательного анализатора, развитие которого заканчивается к 15–16 годам, т. е. позднее на 2–3 года, чем у сверстников, не имеющих нарушений. Э.П. Бебриш установил, что отставание скоростных качеств составляет 6–7 лет, и объясняет это низкой подвижностью нервных процессов. В то же время автор отмечает, что дети с умственной отсталостью, систематически занимавшиеся плаванием, в скоростных качествах отстают от детей массовых школ того же возраста всего на 1–2 года. Развитие основных физических способностей (силы, быстроты, выносливости) подчиняется общим закономерностям возрастного развития, но у умственно отсталых школьников темп их развития ниже и сенситивные периоды наступают позднее на 2–3 года (Воронкова В.В., 1994; Черник Е.С., 1997).

Установлено, что основным нарушением двигательной сферы умственно отсталых детей является расстройство координации движений (Плешаков А.Н., 1985; Юровский С.Ю., 1985; Самыличев А.С., 1991; Ванюшкин В.А., 1999; Горская И.Ю., Синельникова Т.В., 1999; и др.). И простые, и сложные

движения вызывают у детей затруднения: в одном случае нужно точно воспроизвести какое-либо движение или позу, в другом – зрительно отмерить расстояние и попасть в нужную цель, в третьем – соразмерить и выполнить прыжок, в четвертом – точно воспроизвести заданный ритм движения. Любое из них требует согласованного, последовательного и одновременного сочетания движений звеньев тела в пространстве и времени, определенного усилия, траектории, амплитуды, ритма и других характеристик движения. Однако в силу органического поражения различных уровней мозговых структур, рассогласования между регулирующими и исполняющими органами, слабой сенсорной афферентации, управлять всеми характеристиками одновременно умственно отсталый ребенок не способен. Координационные способности регулируются теми биологическими и психическими функциями, которые у детей с нарушениями интеллекта имеют дефектную основу (чем тяжелее нарушение, тем грубее ошибки в координации (Забрамная С.Д., 1995).

Н.П. Вайзманом (1976) выдвинуто предположение о том, что при неосложненной форме умственной отсталости нарушения сложных двигательных актов, требующих тонкой моторики, являются составной частью ведущего дефекта и определяются теми же механизмами, что и интеллектуальный дефект, т. е. нарушениями аналитико-синтетической деятельности коры головного мозга. Эти нарушения и являются главным препятствием при обучении умственно отсталых детей сложнокоординационным двигательным действиям.

Для практической деятельности педагога важно знать благоприятные периоды развития основных видов координационных способностей у детей с нарушениями интеллекта. Большинство сенситивных периодов развития координационных способностей падает на возрастной диапазон 9–12 лет. Возрастные темпы прироста имеют ту же динамику, что и другие школьники, но с отставанием на 2–3 года.

Сенситивные периоды развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью в возрасте 8–15 лет
(Горская И. Ю., 2001)

Координационные способности	Девочки	Мальчики
Дифференцирование пространственных параметров движения	11-12 лет	10-11 лет
Дифференцирование силовых параметров движения	8-10 и 11-12 лет	8-10 и 13-14 лет
Реагирующая способность (зрительно-моторная реакция)	10-12 лет	10-12 лет
Максимальная частота движений	13 лет	14 лет
Сохранение равновесия	9-10 лет	10-11 лет
Ориентировка в пространстве	10-11 и 13-14 лет	9-10 и 13-14 лет
Кинестетическая способность (точность воспроизведения заданной амплитуды движения)	10-11 лет	10-11 лет

Средства физической культуры для работы с умственно отсталыми детьми

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

Одни и те же упражнения могут использоваться на уроках физического воспитания и лечебной физической культуры, на рекреационных и спортивных занятиях. В соответствии с педагогическими задачами их можно объединить в следующие группы.

1. Упражнения, связанные с перемещением тела в пространстве: ходьба, прыжки, ползание, плавание, передвижение на лыжах.

2. Общеразвивающие упражнения:

а) без предметов;

б) с предметами (флажками, лентами, гимнастическими палками, обручами, малыми и большими мячами и др.);

в) на снарядах (гимнастической стенке, кольцах, гимнастической скамейке, лестнице, тренажерах).

3. Упражнения на развитие силы, быстроты, выносливости, гибкости, ловкости.

4. Упражнения на развитие и коррекцию координационных способностей: согласованности движений рук, ног, головы, туловища; согласованности движений с дыханием, ориентировки в пространстве, равновесия, дифференцировки усилий, времени и пространства, ритмичности движений, расслабления.

5. Упражнения на коррекцию осанки, сводов стопы, телосложения, укрепления мышц спины, живота, рук и плечевого пояса, ног.

6. Упражнения лечебного и профилактического воздействия: восстановление функций паретичных мышц, опороспособности, подвижности в суставах, профилактика нарушений зрения.

7. Упражнения на развитие мелкой моторики кистей и пальцев рук.

8. Художественно-музыкальные упражнения: ритмика, танец, элементы хореографии и ритмопластики.

9. Упражнения с речитативами, стихами, загадками, счетом и т. п., активизирующие познавательную деятельность.

10. Упражнения, направленные на развитие и коррекцию восприятия, мышления, воображения, зрительной и слуховой памяти, внимания и других психических процессов.

11. Упражнения прикладного характера, направленные на освоение ремесла, трудовой деятельности.

12. Упражнения, выступающие как самостоятельные виды адаптивного спорта: фигурное катание, хоккей на полу, настольный теннис, баскетбол, мини-футбол, верховая езда и др.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Азбука для родителей. Движение, игра и спорт вместе с детьми, страдающими умственной неполноценностью / Минск : БелАПДИ, 1996. - 108 с.
2. Азбука здоровья: Программа специальной (коррекционной) школы по лечебной физической культуре для детей с нарушением интеллекта 1–4 классов / Сост. Г. И. Гербова. – СПб.: Образование, 1994.
3. Бабенкова Р. Д. О подходе к физическому воспитанию учащихся вспомогательной школы // Дефектология. – 1980. – № 2.
4. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ– 2017.– 58 с.
5. Вайзман Н. П. Психомоторика умственно отсталых детей. – М.: Аграф, 1997.
6. Горская И. Ю., Синельникова Т. В. Координационные способности школьников с нарушением интеллекта: Учебное пособие. – Омск, СибГАФК, 1999.
7. Дмитриев А. А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей // Пособие. — М.: Советский спорт, 1991.
8. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: Учебное пособие / С.П. Евсеев, А.С. Солодкова. - СПб.: СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2011. – 95 с.
9. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М.: Просвещение, 1995.
10. Калмыкова, Е.А. Психология лиц с умственной отсталостью: Уч . – метод. пособие / Составитель Е.А. Калмыкова. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2007. – 121 с.
11. Мастюкова Е. М. Актуальные аспекты клинической диагностики умственной отсталости у детей // Дефектология, 1997, № 1.
12. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Под ред. С. П. Евсеева. — М.: Сов. спорт., 2001.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Психолого-педагогическая характеристика детей с расстройствами аутистического спектра

Расстройства аутистического спектра (далее РАС) относятся к первазивным, т.е. общим, расстройствам развития, при котором специфически функционируют все системы организма. Это проявляется во всех сферах жизни такого ребенка. Спектральный характер расстройства говорит о том, что у одних детей могут быть легкие проявления, а у других аутистические симптомы могут быть выражены в значительной степени.

Для всех детей с РАС характерным являются общие проявления:

✓ сложность обработки сенсорной информации, т.е. той информации, которая поступает от органов чувств. Детям сложно «отключиться» от неважных раздражителей, сложно «не замечать» фоновый шум, сложно концентрировать свое внимание. У таких детей имеются затруднения в управлении своим телом, в выполнении произвольные движения. Им сложно играть в командные игры, где требуется одновременный контроль всего поля, нескольких игроков и собственного тела, регуляция своей деятельности и активности с учетом действий игроков. К таким играм относятся все командные виды спорта на большом поле. В настоящее время имеется огромное количество исследований состояния сенсорного реагирования у детей с РАС, например, многие из них изложены на сайте Ассоциации специалистов сенсорной интеграции (<https://sites.google.com/site/avameidinru/>)

✓ стереотипы и ритуалы, которые у ребенка носят очень жесткий характер и неукоснительно выполняются. Ритуал начинается всегда, когда появляется у ребенка стимул, который его вызывает. Ребенок с РАС затрудняется в произвольном контроле своего состояния и поэтому выполнение

ритуала будет доведено до конца, даже если ребенок потом будет сильно эмоционально расстроен. Стереотипы и ритуалы у всех детей, не только детей с РАС, способствуют сохранению уверенности в стабильности внешнего мира, в стабильности и последовательности событий.

✓ самостимуляции у ребенка с РАС показывают взрослым дефицит тех сенсорных ощущений, которые ребенок с РАС пытается восполнить ритмичными частыми движениями. Самостимуляции отличаются от других типов поведения тем, что для них не нужны зрители, т.е. ребенок, таким образом, не привлекает чье-либо внимание, не нужно ребенку от кого-то что-либо получить или убрать от него задание, которое ему не нравится. Самостимуляции характерны тем, что они бывают и когда ребенок один, и когда ребенок с кем-то, и когда ребенок в новом для него помещении, и когда ребенок в знакомом помещении.

✓ сложность социальных контактов выражается в том, что дети с аутизмом наиболее успешны в выполнении прямых инструкций, в буквальном понимании обращенной речи, речи, в которой нет иносказаний, иронии, завуалированных просьб. Как пишут многие авторы: тренеру или учителю надо говорить прямо то, что он хочет сказать ребенку, конкретно и буквально. Так, вопрос взрослого «Ну и что ты делаешь сейчас?», которым он хотел прекратить какую-то деятельность ребенка, вызовет у ребенка с РАС прямой ответ – констатацию факта, например, «Я отрываю обои» или «Я балуюсь». Кроме того, сложность социальных контактов заключается в том, что ребенку часто сложно дается удержание общения в группе сверстников, ответы на вопросы педагога. Ему трудно понять жесты и мимику, которыми часто пользуются обычные люди. Очень часто ребенок с РАС не знает, каким образом можно обратиться к учителю или тренеру за помощью, как задать вопрос или ответить на него.

Все эти особенности у каждого ребенка с РАС могут проявляться по-разному. Особенно это касается состояния сенсорной сферы. Поэтому, несмотря на многочисленные попытки создать единую программу физического

развития детей с РАС, можно констатировать факт, что практически невозможно подобрать такую группу детей с РАС, чтобы у них совпадали сенсорные и моторные дефициты, одинаково бы проявлялись трудности социального взаимодействия и т.п. Дети с РАС требуют индивидуального подхода не только при подборе упражнений, но и при подборе спортивного оборудования.

Спортивное оборудование для ребенка с РАС может обеспечить коррекцию сенсорных дефицитов, а значит, и будет способствовать овладению моторными навыками.

Многие дети с аутизмом обладают повышенной чувствительностью к различного рода внешним воздействиям, поэтому часто акустика спортивного зала, эхо от громкого голоса педагога, множественное эхо от перемещающихся по спортивному залу детей, прикосновения от оборудования, мерцающее освещение и т.п. могут доставлять дискомфорт. Часть детей испытывает значительный дискомфорт при прикосновении к ним педагога, что выражается в избегании прикосновения либо в нежелательном поведении в отношении взрослого. Таким детям гораздо эффективнее будет опора при выполнении упражнений на схемы и картинки, видеомоделирование, либо, если ребенок умеет повторять движения за взрослым или сверстником, показ правильного выполнения.

Дэвид Геслак рекомендует в процессе обучения детей с РАС физическим упражнениям, фитнесу использовать различные способы визуальной поддержки: видеомоделирование, картинную опору (https://www.youtube.com/watch?v=ErCxU_cJtOc).

При подборе индивидуальных упражнений и заданий необходимо использовать не только сильные стороны ребенка, но и постепенно помогать справляться с имеющимися проблемами. Так, очень медленное постепенное усложнение окружающей среды оказывается эффективным и способствует развитию большей выносливости ребенка с РАС к разного рода фоновым

воздействиям. Усложнение среды для таких детей осуществляется по следующим направлениям:

- ✓ увеличение количества одновременно действующих стимулов,
- ✓ увеличение интенсивности воздействующих стимулов,
- ✓ обучение разнообразным упражнениям с предметами (гимнастическими палками, мячами, фитболами, клюшками, кольцами и т.п.).

Многие дети с РАС испытывают недостаточность при обработке сенсорных ощущений, поступающих от органов чувств, поэтому они часто не могут ощутить части своего тела, затрудняются в выполнении движений.

Этим детям сложно повторить за взрослым движение или выполнить его по инструкции. Им доставляют значительные трудности такие упражнения, требующие использования предмета: целенаправленный бросок мяча, работа с клюшкой, ходьба по гимнастической скамейке и т.п. Часто такие дети моторно неловки, движения их дискоординированы, иногда дети теряют равновесие, падают. Часто такие дети ищут дополнительных ощущений от собственного тела, что проявляется в разнообразных поведенческих реакциях: могут быть очень ласковыми, как бы растекаться по взрослому, могут залезать между близко стоящими предметами, могут залезать на высокие поверхности и стоять там, раскачиваясь и т.п. Такие действия ребенок делает часто, как бы походя, не замечая сложностей или опасности. Однако повторить произвольно многие такие движения большинство детей не может. Для таких детей весьма эффективным будет подбор оборудования, которое даст им дополнительные ощущения от своего собственного тела. Например, утяжеленные мячи, утяжеленные клюшки и т.п. Тогда любое упражнение будет давать ощущения от движения и будет нравиться детям.

Большинству детей с РАС сложно удерживать эффективность своей работы на занятии или тренировке, если им неизвестна его структура, или данная структура внезапно изменена.

Всеми специалистами, которые работают с детьми с РАС, подчеркивается, что для успешного занятия необходимо его четкое планирование и формирование стереотипа занятия. В занятии должны быть четко выделены ритуал начала и ритуал окончания занятия, количество упражнений или подходов, их последовательная смена. Достаточно часто применяются при этом визуальные (картинные или текстовые) расписания, которые показывают последовательность смены этапов занятия по физической культуре или последовательность упражнений в ходе тренировки.

У большинства детей с РАС имеется сложность восприятия речи на слух.

Это проявляется и в невыполнении многих инструкций, и в использовании речевых штампов, эхоталий, когда ребенок повторяет услышанную фразу, и в использовании так называемой телеграфной речи, и так далее. Однако бывает и так, что отличия в речи и в восприятии речи видны только специалисту и не затрудняют основные виды деятельности ребенка. Однако тренеру необходимо точно формулировать инструкции, инструкция должна быть четкой и однозначной, не допускать двойного толкования.

В обучении детей с РАС физической культуре и спорту, как и в обучении любым навыкам этих детей, наиболее эффективным признан **поведенческий подход**. Этот подход предполагает постоянное поощрение социально одобряемого поведения, постоянное поощрение выполнения задания или упражнений. При планировании поощрения надо учитывать, что не всегда похвала или эмоциональное комментирование является для ребенка с РАС поощрением. Дети могут предпочитать материальные поощрения, такие как: игру на планшете, раскрашивание, чтение книг, просмотр мультфильмов или фильмов, поездку в гости и т.д. В этом случае необходимо предусмотреть жетонную систему, т.е. ребенок за каждое выполнение задания получает жетон, накопив которые он может обменять их на желаемое поощрение. Введение жетонной системы также проводится индивидуально: количество жетонов, их

«стоимость», за что именно ребенок получает жетоны и на что обменивает, все это разрабатывается исходя из интересов и потребностей ребенка. Жетоны могут складываться в «копилку», могут быть на настенной магнитной доске, могут быть у ребенка на футболке и т.д., - выбор зависит только от возможностей и потребностей ребенка.

Существуют разовые материальные поощрения, которые ребенок также может получать наравне со своими сверстниками. Это могут быть воздушные пузыри, забрасывание мяча в корзину и т.п. Такие поощрения целесообразно давать либо по ходу выполнения задания, либо после его выполнения. Подробнее про подбор поощрений и расширение системы поощрений можно прочитать в литературе по прикладному анализу поведения. Надо помнить, что в случае с аутичным ребенком верно правило: что поощрили, тому он и научился. То есть, ребенок очень быстро обучается выполнять упражнения, играть в спортивные игры при правильном сочетании поощрения и опоры (подсказки).

На начальных этапах обучения физической культуре и спорту необходимо выявить, умеет ли ребенок повторять за взрослым движения, может ли он выполнить их по инструкции, умеет ли он повторять движения, которые он видит в видеоролике. Это поможет взрослому выбрать **опору (подсказку)** для ребенка.

При выборе опоры (подсказки) необходимо помнить следующее:

- опора (подсказка) является таковой только в том случае, если она помогает аутичному ребенку выполнить упражнение, задание;
- опора (подсказка) должна постепенно быть убрана. Особенно это касается физической опоры, при которой ребенку помогают сделать упражнение или движение, физически помогая ему управлять частями своего тела.

Опорой (подсказкой) могут быть всем знакомые схемы выполнения упражнений. Опорой может являться конечные точки выполнения упражнения, например, расположенные на стене ладошки, по которым надо хлопнуть, или

следы, по которым надо идти, цветные пятна, на которые надо прыгнуть и т.п. Может быть опора (подсказка) в виде показа взрослым выполнения движения. Также опорой является инструкция взрослого, особенно при выполнении цепочки упражнений, когда педагог дает инструкцию для перехода к следующему упражнению. Опорой (подсказкой) для аутичного ребенка может быть и физическая помощь, в этом случае постепенно усилия взрослого уменьшаются до такой степени, что ребенок выполняет упражнения самостоятельно.

Можно выделить **этапы овладения упражнениями и движениями**:

1. Выполнение с подсказкой.
2. Уменьшение подсказки.
3. Самостоятельное выполнение.
4. Включение упражнения в другие виды физической активности.

Последний пункт чрезвычайно важен, т.к. невостребованные в естественной среде навыки забываются. Поэтому обязательным условием эффективности занятий аутичными детьми физической культурой и спортом является введение разученных на занятиях, тренировках, уроках упражнений в естественную бытовую жизнь. Например, подъем прямых рук над головой эффективно закрепляется при развешивании белья на высоко закрепленной веревке. А спрыгивание с гимнастической скамейки и перешагивание отлично закрепляются на прогулках в парках. Кроме того, необходимо постоянно усложнять выученные упражнения, если ребенок научился перешагивать палочку, следующий этап, перешагивание через предметы, затем через гимнастическую скамеечку, затем включение разнообразных перешагиваний в преодоление «полосы препятствий» и эстафеты.

Специфичность обучения аутичных детей также отражается на индивидуальном подборе упражнений. Необходимо учитывать становление моторных навыков в онтогенезе, то есть в обычном развитии, а не только возрастные показатели, т.к. те моторные навыки, которые не сформировались

на более ранних возрастных этапах, не дают возможности развиваться ребенку, осваивать более сложные навыки наравне со своими сверстниками.

Каждое упражнение необходимо разделить на более простые этапы и проверить, может ли ребенок их выполнить. Если это невозможно, то необходимо начать обучать с самых простых движений. Например, вы хотите обучить ребенка попадать мячом в баскетбольное кольцо броском с двух рук. Первый навык, необходимый для этого – держать мяч обеими руками, затем просто выпустить мяч из обеих рук, затем положить мяч двумя руками в корзинку на уровне опущенных рук, затем постепенно корзина будет подниматься, а ребенок отходить на нужную позицию. Здесь, скорее всего, ребенку понадобится физическая помощь, т.е. правильный бросок многократно будет повторен его руками. И только после этого вы сможете начать уменьшать подсказку.

Что же касается включения ребенка с РАС в коллектив обычных сверстников на физкультурных занятиях, тренировках и уроках, то часто необходима помощь ассистента (сопровождающего), который облегчит овладение ребенком навыками выполнения упражнений и спортивных игр в группе. Постепенно ассистент (сопровождающий) начинает все меньше и меньше помогать аутичному ребенку.

При организации любых занятий с аутичным ребенком необходимо учитывать его особенности и давать время привыкнуть к изменениям, даже если это всего лишь новый цвет стен зала или новые окна.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ– 2017.– 58 с.
2. Максимова, Е.В. Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна. – М. : Издательство «Диалог-МИФИ», 2008. – 288 с.
3. Плаксунова, Э.В. Влияние занятий по программе адаптивного физического воспитания "Моторная азбука" на двигательное и психомоторное развитие детей с расстройствами аутистического спектра// Аутизм и нарушения развития. – 2009. – № 4. – С. 67-72.
4. Плаксунова, Э.В. Использование программы "Моторная азбука" в процессе коррекционно-развивающей работы с аутичными детьми//Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – М., 2008. – № 2. – С. 2-5.
5. Рик Ноэрт. При аутизме у детей полезны сенсорные упражнения на дому. – Адрес доступа: <http://outfund.ru/pri-autizme-u-detej-polezny-sensornye-uprazhneniya-na-domu/>
6. Шунькина, А. В. Использование методики АВА в физическом воспитании детей, страдающих аутизмом / Шунькина А.В., Репин В.Ф., Ткаченко О.Н. – Адрес доступа: <https://medconfer.com/node/3890>

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Задержка психического развития (ЗПР) относится к слабовыраженным отклонениям развития, имеющим часто обратимый характер. В специальной психологии ЗПР понимается как замедление темпа развития, выражающееся в недостаточности общего запаса знаний, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. Чаще всего ЗПР рассматривается в контексте младшего школьного возраста как причина специфических школьных трудностей, однако, в старшем дошкольном возрасте ее проявления тоже становятся заметны.

В дошкольном возрасте при правильно организованной работе ЗПР может быть при некоторых формах скомпенсирована.

При организации психолого-педагогического сопровождения детей с ЗПР приоритетными направлениями являются:

- ✓ развитие эмоционально-личностной сферы, преодоление инфантилизма, стимуляция эмоционального интеллекта;
- ✓ развитие познавательной деятельности, преодоление недостатков в предпосылках интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, восприятия);
- ✓ формирование произвольной регуляции деятельности и поведения.

Особенности физического воспитания детей с задержкой психического развития

В научных работах таких авторов, как Лебединский В.В., Лебединская К.С., Мастюкова Е.М., Марковская И.Ф., Певзнер М.С., Ульенкова У.В. отмечается, что у данного контингента детей не наблюдается тяжелых двигательных расстройств, но обнаруживается отставание в двигательном развитии, нарушение регуляции произвольных движений, а также

несформированность техники выполнения движений и недостаточность двигательных качеств, несовершенство мелкой моторики рук, недостатки межанализаторного синтеза, что затрудняет становление графомоторных и других навыков и является препятствием к успешному обучению.

В научных работах указывается на необходимость проводить специальные мероприятия, направленные на охрану и укрепление здоровья, коррекцию и развитие общей и мелкой моторики, развитие зрительно-моторной координации, графомоторных навыков детей с ЗПР.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов показано, что работа по коррекции недостатков моторной сферы детей с ЗПР как дошкольного, так и школьного возраста положительно влияет на развитие их интеллектуальной и речевой деятельности, а также на их общее развитие. Использование возможностей такой коррекции необходимо как в организованных формах обучения и воспитания детей с ЗПР, так и в условиях семьи.

Как правило, в образовательных организациях для детей ЗПР используются различные программы физического воспитания, ориентированные на массовый контингент детей. Часть детей с ЗПР осваивает эти программы, поскольку уровень их физического развития равен возрастной норме или близок к ней. Однако основная масса детей с ЗПР не может выполнить нормативы данных программ и в своем физическом развитии отстает от нормально развивающихся сверстников. К моменту поступления в школу у этих детей остаются несформированными многие двигательные навыки, необходимые для дальнейшего гармоничного психофизического развития. Зачастую для данной категории детей используются разделы программ по физическому воспитанию для детей, не имеющих нарушений, но на год младше (например, для детей подготовительной группы используется программа старшей группы). В ситуации недостаточной представленности специальных программ по физическому воспитанию данной категории детей, это становится выходом для практических работников, однако, такой подход

нельзя назвать научно обоснованным, поскольку дети с ЗПР в своем физическом развитии не просто отстают от сверстников, но имеют совсем иные качественные характеристики развития моторики и психомоторики. Кроме того, состав детей с ЗПР крайне неоднороден, поэтому на занятиях по физическому воспитанию необходим дифференцированный подход, который не могут обеспечить программы для массового контингента детей.

Детям с ЗПР, несомненно, необходимы любые оздоровительные и профилактические мероприятия. Но прежде, чем их применять, нужно разработать определенную систему оздоровительной работы, основанную на глубоком изучении специфики психофизического развития этих детей.

При организации коррекционной работы с детьми, имеющими различные нарушения развития, огромное значение имеет целенаправленное преодоление недостатков моторики, развитие движений, охрана и укрепление здоровья детей.

Оздоровительные задачи направлены на охрану жизни и укрепление здоровья детей. Они способствуют гармоническому психосоматическому развитию, совершенствованию защитных функций организма, повышению устойчивости к различным заболеваниям, увеличению работоспособности ребенка. Оздоровительные задачи конкретизируются с учетом индивидуальных особенностей ребенка и направлены на:

- ✓ формирование правильной осанки;
- ✓ развитие сводов стопы;
- ✓ укрепление связочно-суставного аппарата;
- ✓ развитие гармоничного телосложения;
- ✓ регулирование роста и массы костей;
- ✓ развитие мышц лица, туловища, ног, рук, плечевого пояса, кистей, пальцев, шеи, глаз;
- ✓ развитие внутренних органов - сердца, кровеносных сосудов, дыхательных мышц и др.;

- ✓ особое внимание уделяется развитию мышц разгибателей.

Оздоровление ребенка предполагает также совершенствование деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы, развитие умения приспосабливаться к меняющейся нагрузке и внешним условиям. Для этого необходимо развивать у ребенка подвижность грудной клетки, увеличивать жизненную емкость легких, способствовать тренировке механизмов терморегуляции, обеспечить тренированность нервных процессов, совершенствовать деятельность двигательного анализатора, органов чувств.

Развитие двигательной сферы ребенка является важным условием эффективной коррекции в целом, так как в достаточном объеме, правильно направленные, скоординированные, точные, активные, выразительные, порой эмоциональные движения способствуют укреплению здоровья, развитию познавательных процессов, социализации, успешной интеграции и полноценному всестороннему развитию ребенка. Развитие двигательной сферы, а значит, повышение двигательной активности детей, происходит путем выполнения различных физических упражнений.

Развивать двигательную сферу детей мы можем через выполнение физических упражнений разного направления и характера исполнения. Это ритмические и логоритмические упражнения, музыкально-ритмические и подвижные игры, корригирующие и кардио-упражнения, упражнения под музыку и танцы. Разные виды упражнений развивают в ребенке познавательную сферу, эмоционально-волевую и двигательную, тем самым развивая ребенка в целом.

Ритмические упражнения развивают чувство ритма, внимание, координацию, мышление, память, моторику, слух. Задания даются от простого к сложному. Можно выполнять ритмические упражнения с предметом и без, используя музыкальные инструменты, а также хлопать, шлепать и топать по заданию учителя.

Музыкально-ритмические игры – это ритмические упражнения, выполняемые под музыку в игровой форме. Способствуют развитию и

коррекции речи, памяти, внимания, чувства ритма, координации движений, точности движений, музыкальности, воображения, снятия эмоционального напряжения.

Логоритмические упражнения — это проговаривание слов с одновременным выполнением физических упражнений. Они развивают дыхание, речь, слух, моторику, творческие способности, воображение, внимание, память, чувство ритма, поднимают эмоциональное настроение.

Чем выше двигательная активность ребенка, тем лучше развивается его речь. Несложные упражнения, речевки, рифмовки, чистоговорки можно выполнять с детьми на занятиях или на прогулке. Например, упражнение «Лягушки»:

На болоте две подружки (*Пружинистые приседания*)

Две зеленые лягушки (*То же, руки на поясе*)

Утром рано умывались, (*Имитация умывания*)

Полотенцем растирались. (*Имитация растираний спины и живота*)

Ножками топали, (*Ходьба с высоким подниманием бедра*)

Ручками хлопали. (*Хлопки в ладони*)

Вправо, влево наклонялись (*Наклоны вправо-влево*)

И обратно возвращались (*То же*)

Вот здоровья в чем секрет (*Прыжки на месте*)

Всем друзьям Физкульт-привет (*Прыжки с поворотом вокруг себя*).

Можно соединять логоритмику и музыкально-ритмическую игру и тем самым мы задействуем у ребенка сразу речевой, двигательный аппарат, развиваем познавательную сферу и способствуем поднятию настроения. Например, игра «У оленя дом большой»:

У оленя дом большой.
Он глядит в свое окно.
Зайка по полю бежит,
В дверь к нему стучит.

- Тут, тук, дверь открой.
Там в лесу охотник злой.
- Зайка, зайка, забегай,
Лапу мне давай!

Дети под музыку проговаривают слова, выполняя определенные движения. Ритм музыки может ускоряться.

Упражнения под музыку и танцы оказывают коррекционное воздействие на физическое развитие, создают благоприятную основу для совершенствования таких психических функций, как мышление, память, внимание, восприятие. Задания на самостоятельный выбор движений развивают у ребенка активность и воображение, координацию и выразительность движений.

Корригирующие упражнения – это специальные физические упражнения, применяемые с целью исправления того или иного нарушения. Дети зачастую имеют вторичные нарушения (нарушения осанки, плоскостопие, лишний вес). Развитие двигательной сферы этих детей – это и предупреждение вторичных отклонений! На занятиях адаптивной физической культуры выполняются целенаправленные комплексы упражнений для профилактики или коррекции заболевания. Но педагоги и воспитатели образовательного процесса могут использовать элементы корригирующих упражнений для профилактики и укрепления тех или иных мышц. Упражнения, направленные на профилактику нарушений осанки Упражнения, направленные на профилактику плоскостопия

Кардио-упражнения – это упражнения, направленные на развитие дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Дети с ограничениями в здоровье

ведут малоподвижный образ жизни и поэтому страдают гиподинамией, из-за чего нарушается работа дыхательной и сердечно-сосудистой систем организма, замедляется физическое развитие и общая моторика. А значит, кровь и ткани организма страдают от недостатка кислорода, что ведет к понижению работоспособности. Задача адаптивной физической культуры – увеличивать дыхательный объем, работая над дыханием и двигательной активностью. Дети должны знать и уметь выполнять физические упражнения с правильным дыханием, уметь контролировать пульс (ЧСС). Во время работы на кардио-тренажерах (велотренажер, беговая дорожка, эллипсоидный тренажер (орбитрек), гребной тренажер) у детей задействованы все основные группы мышц, повышается работа сердца и дыхания, расширяются двигательные возможности, укрепляются мышцы, выносливость, появляется уверенность в своих силах.

Увеличить жизненную емкость легких за счет увеличения дыхательного объема можно с помощью дыхательных упражнений (дышать грудью (грудное) и животом (брюшное)). Выполняя дыхательные упражнения, ребенок учится справляться с волнением и раздражительностью, добивается полного расслабления и успокоения. Дыхательные упражнения улучшают ритмику организма, развивают самоконтроль и произвольность.

Подвижные игры оказывают комплексное воздействие на организм. Содержание подвижных игр составляют разнообразные виды движений: бег, прыжки, метания, лазание и др. с применением разнообразного спортивного инвентаря (мячей, обручей, кеглей, лент). Подвижные игры развивают координацию движений, укрепляют мышцы, способствуют снятию эмоционального напряжения, развитию чувства коллективизма, сопереживания и т. д. Через игровой метод дети лучше социализируются.

Упражнения на расслабление. Каждое занятие нужно завершать упражнениями на расслабление (релаксационные). Упражнения под спокойную музыку играют огромную роль в снятии эмоционального напряжения, расслабления всех мышц организма и восстановления сил.

Физические упражнения коррекционно-профилактической направленности для формирования у детей с ЗПР двигательного базиса

Ползание, перелазание, пролезание, подлезание:

- ✓ Одностороннее ползание по-пластунски (только за счет одноименной руки и ноги)
- ✓ Двустороннее ползание по-пластунски.
- ✓ Ползание на животе только на руках.
- ✓ Ползание на спине только при помощи ног.
- ✓ Ползание на четвереньках (на голеньях и предплечьях).
- ✓ Ползание на четвереньках (на голеньях и ладонях).
- ✓ Ползание на четвереньках на стопах и ладонях.
- ✓ Сочетание ползания на четвереньках с поворотами и разворотами.
- ✓ Ползание на четвереньках всеми вариантами в сочетании с предметно-манипулятивными ручными действиями.
- ✓ Ползание под различные предметы (препятствия).
- ✓ Пролезание в ограниченном препятствиями пространстве.
- ✓ Перелезания через препятствия.
- ✓ Сочетание действий ползания, подлезания, пролезания, перелезания.
- ✓ То же, но с предметами.

Упражнения в положении прямостояния:

- ✓ Повороты на месте на ограниченном пространстве.
- ✓ Ходьба на месте.
- ✓ То же с поворотами.

Ходьба (с использованием ручной опоры и без нее):

- ✓ Ходьба с прямолинейным продвижением вперед.
- ✓ Ходьба с переменной продвижения вперед.
- ✓ Ходьба по эллипсу, кругу.
- ✓ Ходьба с выполнением различных поворотов по командам.
- ✓ Ходьба приставными шагами влево-вправо.

- ✓ Ходьба спиной вперед.
- ✓ Ходьба по линиям.
- ✓ Ходьба по меткам.
- ✓ Ходьба с прохождением «ворот» (вертикальных препятствий).
- ✓ Ходьба с обхождением различных вертикальных препятствий.
- ✓ Ходьба с переступанием через лежащие горизонтальные препятствия.
- ✓ Ходьба по ступенькам вверх.
- ✓ Ходьба по ступенькам вниз.
- ✓ Ходьба с заданной длиной шага.
- ✓ Ходьба в заданном темпе шагов.
- ✓ Ходьба с закрытыми глазами (без зрительного контроля).
- ✓ Ходьба в паре, тройке, четверке и т.д.
- ✓ Групповая одновременная ходьба (более 4-х человек).
- ✓ Ходьба по наклонной поверхности вверх.
- ✓ Ходьба по наклонной поверхности вниз.
- ✓ Ходьба по подвешенной жесткой опоре (подвесная доска, бревно и др.)
- ✓ Ходьба с переноской предметов в различных положениях рук (впереди, сбоку, над головой).

Лазание:

- ✓ Элементы лазания с преимущественным использованием висов.
- ✓ Упражнения в лазании по наклонной лестнице, сочетающие висы и упоры.
- ✓ Лазание по жесткой вертикальной лестнице в различных направлениях.
- ✓ Лазание по подвижным конструкциям.

Подскоки и прыжки:

- ✓ Подскоки на месте на двух ногах.
- ✓ То же на одной.
- ✓ То же без опоры.
- ✓ Подскоки на месте в заданном ритме.
- ✓ Подскоки на месте с поворотами в обе стороны.
- ✓ Произвольные прыжки в длину с места.

- ✓ Прыжки с места через натянутую на определенной высоте резиночку.
- ✓ Подскоки с продвижением вперед.
- ✓ Подскоки с продвижением в различных направлениях.
- ✓ Прыжки в длину с разбега.
- ✓ Прыжки в высоту с разбега.

Бег (беговые упражнения):

- ✓ Бег на месте (темп движений меняется от медленного к максимально возможному) с ручной опорой.
- ✓ Бег на месте с поворотами.
- ✓ Бег на месте в заданном темпе.
- ✓ Переход от бега на месте к бегу с продолжением по команде педагога.
- ✓ Произвольный бег (ребенок самостоятельно выбирает темп движений, длину шага, направление бега).
- ✓ Бег по замкнутой плавной кривой (эллипсу, большому кругу)
- ✓ Бег в колонне по одному.
- ✓ «Фигурный бег»: по «восьмерке», «змейкой», по «спирали», «лабиринту» и т.д.
- ✓ Бег в положении наклона под натянутым на различной высоте мягким ограничителем (резиновым жгутом, веревкой).
- ✓ Бег с «обводкой» стоящих вертикально препятствий.
- ✓ Бег с переступанием через горизонтальные препятствия: ямки, «ручейки», «лужи» и т.д.
- ✓ Бег с наступанием на твердые вертикальные препятствия типа «камня», «бревна», «бугорка» и т.д.
- ✓ Бег в парах (держась за руки и без захвата).
- ✓ Бег по рыхлой (сыпучей) поверхности (песку, воде, снегу).
- ✓ Бег боком приставным шагом.
- ✓ Бег спиной вперед (невысокая скорость и страховка)
- ✓ Бег с переноской предметов.
- ✓ Бег шеренгой (три и более человека)

- ✓ Бег с элементами соревнования (кто быстрее?)

Манипуляции с мячом, броски и ловля мяча; ударные движения по мячу:

- ✓ Ручные манипуляции с мячами в различных исходных положениях (лежа, сидя, стоя на коленях, стоя): ощупывание, захват, удерживание при перемещении, переключивание, переключивание, сжимание, поглаживание, подбрасывание и др.
- ✓ Катание (толкание, подбивание) мяча одной и двумя руками в различных исходных положениях на месте.
- ✓ То же в движении (руками и ногами).
- ✓ Произвольные броски мяча без строгого соблюдения способа броска, заданной дальности, направления или точности.
- ✓ Броски мяча в щит, стенку.
- ✓ Упражнения типа «кто выше подбросит мяч?».
- ✓ Катание мяча на дальность и точность.
- ✓ Броски и ловля мяча на месте в паре с педагогом (варьируется расстояние между играющими, размер и вес мяча, способы бросков и ловли, траектория и направление полета мяча, исходные положения и т.д.)
- ✓ То же в движении различными способами (в ходьбе, беге).
- ✓ То же, но в упражнениях принимают участие трое и более детей, броски мяча в горизонтальную цель (обруч, корзину, нарисованную мелом фигуру).
- ✓ Броски мяча в вертикальную мишень (щит, подвешенный обруч).
- ✓ Броски мяча через вертикальное препятствие (сетку, перекладину, веревку, жгут) различными способами.
- ✓ Броски мяча по движущейся цели («бегущий кабан»).
- ✓ Броски мячей различного веса на дальность (элементы соревнования).
- ✓ Упражнения с элементами баскетбола.
- ✓ Упражнения с элементами волейбола.
- ✓ Различные забавы зимние с элементами метания «снежков».

В заключении необходимо отметить, развивая двигательную сферу ребенка через физические упражнения, мы способствуем эффективной коррекции в целом. А именно, развиваем и улучшаем работу всех познавательных процессов и всех систем организма.

Список использованной и рекомендованной литературы:

1. Абросимова Л. И. Определение физической работоспособности детей и подростков.// Медицинские проблемы физической культуры, 1978, № 6.- с.38-41.
2. Агаджанян Н. А. Адаптация и резервы организма. М: Медицина, 1983.- 188 с.
3. Брызгалова С.О., Токарская Л.В., Тенкачева Т.Р., Костюк А.В., Упорова Л.П. Организация занятий по физической культуре с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья // Методическое пособие – Екатеринбург, издательство УрФУ– 2017.– 58 с.
4. Дмитриев А. А. Физическая культура в специальном образовании: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002.
5. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина / В.А. Епифанов. – М.: Медицина, 1999. – 300 с.
6. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Просвещение, 1995.
7. Концептуальные основы здоровьесберегающих технологий развития ребенка дошкольного и младшего школьного возраста: учебное пособие/ В.Г. Каменская, С.А. Котова; Санкт-Петербург, 2008.
8. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики ЗПР. // Актуальные проблемы диагностики ЗПР. – М: 1982.
9. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М: МГУ, 1985
10. Марковская И.Ф. ЗПР. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М: 1993.
11. Меркушева, Е. П. Развитие двигательной сферы – важное условие эффективной коррекции детей с ограниченными возможностями здоровья / Е. П. Меркушева. – Текст: непосредственный // Образование и воспитание. – 2018. – № 5 (20). – С. 54-60. – URL: <https://moluch.ru/th/4/archive/108/3642/> (дата обращения: 22.09.2020).
12. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с нарушением темпа развития // Дети с отклонениями в развитии – М: Педагогика, 1966 – с. 25-31, с. 70-76.
13. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии / Под ред. Л. В. Шапковой. – СПб.: Детство-пресс, 2001.