


УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ П.М. МАШЕРОВА»

Факультет физической культуры и спорта

Кафедра теории и методики физической культуры и спортивной медицины

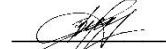
СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой

 О.Н. Малах
30.01.2026

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета

 Д.А. Венскович
30.01.2026

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

**ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ
РАБОТА С ДЕТЬМИ
С ОСОБЕННОСТЯМИ
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

для специальностей:

6-05-0115-01 Образование в области физической культуры
1-03 02 01 Физическая культура

Составитель: А.А. Синютич

Рассмотрено и утверждено
на заседании научно-методического совета 26.02.2026, протокол № 4

УДК 796.035-053.2-056.26(075.8)
ББК 75.116.6я73+74.50я73
Ф50

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 4 от 26.02.2026.

Составитель: старший преподаватель кафедры теории и методики физической культуры и спортивной медицины ВГУ имени П.М. Машерова **А.А. Синютич**

Р е ц е н з е н т ы :

кафедра физического воспитания и спорта УО «ВГАВМ»;
доцент кафедры спортивно-педагогических дисциплин
ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат педагогических наук,
доцент *П.И. Новицкий*

Ф50 **Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития для специальностей: 6-05-0115-01 Образование в области физической культуры, 1-03 02 01 Физическая культура : учебно-методический комплекс по учебной дисциплине / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2026. — 88 с.**

ISBN 978-985-30-0322-2.

Изложенный в настоящем издании материал предназначен для студентов специальностей 6-05-0115-01 Образование в области физической культуры, 1-03 02 01 Физическая культура и будет полезен при проведении лекционных и практических занятий по учебной дисциплине «Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития». В УМК представлены теоретические основы организации работы с детьми с особенностями психофизического развития, а также вопросы адекватного отношения к инвалидам и усилиям общества по вовлечению данного контингента в активную физкультурную и спортивную деятельность, нормализации их образа жизни.

Рекомендуется для практического использования преподавателями, магистрантами, студентами, а также специалистами в сфере адаптивной физической культуры.

УДК 796.035-053.2-056.26(075.8)
ББК 75.116.6я73+74.50я73

ISBN 978-985-30-0322-2

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка	4
Теоретический раздел	7
Лекция 1. Базовые концепции частных методик адаптивной физической культуры	7
Лекция 2. Методика адаптивной физической культуры детей с нарушением слуха	21
Лекция 3. Методика адаптивной физической культуры детей с умственной отсталостью	43
Практический раздел	68
Практическая работа 1–2. Базовые концепции частных методик адаптивной физической культуры	68
Практическая работа 3–5. Методика адаптивной физической культуры детей с нарушением зрения	69
Практическая работа 6–7. Методика адаптивной физической культуры детей с нарушением слуха	70
Практическая работа 8–9. Методика адаптивной физической культуры детей с умственной отсталостью	71
Практическая работа 10–12. Методика адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе	72
Практическая работа 13. Реабилитация детей с поражением спинного мозга	73
Практическая работа 14. Методика адаптивной физической культуры детей различного возраста	74
Раздел контроля знаний	76
Вспомогательный раздел	86

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность физкультурно-оздоровительной работы с детьми с особенностями психофизического развития обусловлена необходимостью коррекции двигательных нарушений, повышения адаптивных возможностей организма, социализации и улучшения качества их жизни. Регулярные занятия укрепляют сердечно-сосудистую и нервную системы, формируют жизненно важные навыки, обеспечивая гармоничное развитие.

Основные аспекты актуальности:

- **Коррекционно-развивающий эффект:** Двигательная активность напрямую влияет на развитие высших психических функций (памяти, внимания, мышления) у детей с нарушениями интеллекта или речи.

- **Укрепление здоровья:** Специально подобранные упражнения повышают сопротивляемость организма к заболеваниям, способствуют коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата и осанки.

- **Социализация и адаптация:** Физкультурные занятия, особенно в игровом формате, помогают детям с ОПФР взаимодействовать со сверстниками, снижают стресс и формируют позитивное поведение.

- **Современный подход:** Внедрение современных фитнес-технологий, дыхательной гимнастики и стретчинга позволяет сделать работу более эффективной и интересной для детей.

Учебная дисциплина относится к компоненту учреждения образования и входит в «Спортивно-педагогический модуль-1».

Цель изучения учебной дисциплины «Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития» — формирование у студентов комплекса знаний, умений и навыков проведения физкультурно-оздоровительной работы с детьми с особенностями психофизического развития, а также адекватного отношения к инвалидам и усилиям общества по вовлечению данного контингента в активную физкультурную и спортивную деятельность, «нормализация» их образа жизни.

К основным задачам дисциплины относятся:

- дать знания о медико-физиологических и психологических особенностях различных групп детей-инвалидов, основных педагогических принципах работы с ними;

- изучить основные формы организации физкультурно-оздоровительной работы с детьми с нарушениями в развитии;

- изучить средства, методы и методические приемы развития моторной активности у различных групп детей-инвалидов;

- сформировать у студентов адекватное отношение к инвалидам и их семьям, активную позицию в оказании помощи инвалидам и решении их проблем.

Освоение учебной дисциплины должно обеспечить формирование следующих компетенций:

специальной:

владеть техникой выполнения и методикой физкультурно-оздоровительной работы для лиц с особенностями психофизического развития, планировать содержание занятий, проведение соревнований, обеспечивать соблюдение правил безопасности проведения занятий, соревнований;

информационно-коммуникационной:

– владеть методологией поиска нового (информации, идей и т.п.), методикой анализа и адаптации знаний к своим профессиональным потребностям;

– уметь преобразовывать информацию в специальные знания;

– формировать информационную культуру обучающихся;

проектной:

– осознанно и самостоятельно планировать профессиональную деятельность;

– осмысленно строить профессиональную карьеру;

– находить оптимальные решения инновационного характера;

– быть способными воплотить свои замыслы в инновационный проект и реализовать его;

– системно совершенствовать образовательный процесс.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен

знать:

– теоретические и организационно-методические основы частных методик АФК;

– характеристику основных нарушений развития детей;

– задачи и средства АФК при различных заболеваниях и травмах;

– основные педагогические принципы работы с детьми, имеющими нарушения в развитии;

– особенности работы с родителями детей-инвалидов;

уметь:

– подбирать средства физического воспитания при различных нарушениях в развитии;

– организовывать и проводить занятия АФК при нарушениях в развитии;

иметь навыки:

- подбора основных средств, форм и двигательных режимов в адаптивной физической культуре;
- составления комплексов специальных упражнений и планов-конспектов занятий лечебной гимнастикой;
- подбора средств и форм адаптивной физической культуры с целью составления коррекционных программ для детей с нарушениями различного профиля;
- оценки эффективности коррекционных программ.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ЛЕКЦИЯ 1 БАЗОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЧАСТНЫХ МЕТОДИК АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

План лекции:

1. Медико-физиологические и психологические предпосылки построения частных методик адаптивной физической культуры.
2. Двигательная сфера детей с нарушениями в развитии.
3. Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий — основа частных методик адаптивной физической культуры.
4. Основные педагогические принципы работы с детьми, имеющими нарушения в развитии.
5. Формы организации адаптивной физической культуры с детьми, имеющими нарушения в развитии.

1. Медико-физиологические и психологические предпосылки построения частных методик адаптивной физической культуры

Чтобы строить педагогический процесс, определять дидактические линии, ставить и решать задачи образовательной деятельности, необходимо знать состояние здоровья, физические, психические, личностные особенности детей с нарушениями в развитии, так как характеристика объекта педагогических воздействий является исходным условием любого процесса образования.

Категория этих детей чрезвычайно разнообразна по нозологии, возрасту, степени тяжести и структуре дефекта, времени его возникновения, причинам и характеру протекания заболевания, медицинскому прогнозу, наличию сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, состоянию соматического здоровья, уровню физического развития и физической подготовленности и другим признакам.

Для детей-инвалидов с детства характерны проявления дизонтогенеза и ретардации как в природном (биологическом), так и в психофизическом развитии, что вызывает сдвиги сенситивных периодов возрастного развития, приводит к дефициту естественных потребностей ребенка в движении, игре, эмоциях, общении, затрудняет процесс обучения.

Аномальное развитие ребенка всегда сопровождается нарушением моторных функций, отставанием и дефицитом двигательной сферы. От своих здоровых сверстников, но уровню физического развития и физической подготовленности они отстают на 1–3 года и больше.

Основной дефект, как правило, сопровождается сопутствующими заболеваниями и вторичными отклонениями.

У детей с умственной отсталостью из-за необратимого поражения ЦНС физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе, при этом недоразвитыми оказываются костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции и личность в целом. В двигательной сфере учащихся наблюдаются отставания в уровне физического развития и физической подготовленности. По самым выраженным нарушениям

отмечаются в координации движений: грубые ошибки в дифференцировании мышечных усилий, излишняя напряженность, скованность и неточность движений, ограниченная амплитуда, нарушения в пространственной ориентировке, равновесии и др. (Мозговой В.М., 1993; Ванюшкин В.А., 1999; Веневцев С.П., 2000).

Полная или частичная потеря зрения у детей существенно изменяет их жизнедеятельность. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний. 40% детей имеет минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения ЦНС), свыше 30% — соматические заболевания (пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80% детей страдают неврозами (Семенов Л.А, Солнцева Л.П., 1991; Скворцов К.Ф., Илларионов В.П., 1993; Никольская Т.П., 1997). Среди вторичных нарушений наиболее типичными являются слабость общей и дыхательной мускулатуры, искривления позвоночника, деформации стопы, что естественным образом негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, движениях ребенка. Нарушения осанки наблюдаются почти у 80% слепых и слабовидящих детей (Ростомашвили Л.П., 1999). Отмечается снижение общей двигательной активности (Касаткин Л.Ф., 1975), нарушение координации и точности движений, равновесия, пространственной и временной ориентации, низкий уровень скоростных способностей, ловкости, силы всех мышечных групп, на 12–15% снижена подвижность в суставах (Семенов Л.А., 1983; Кручинин В.А., 1991; Мухина А.В., 2000).

Потеря слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи, а в ряде случаев к полному ее отсутствию (Богомильский М.Б., 1985; Мастюкова Е.М., 1997), что ограничивает возможности мышления, отражается на особенностях поведения — замкнутость, нежелание вступать в контакт (Пономарева З.А, 1998; Черненко Т.Е., 1998). Ограниченный поток внешней информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые переживания (Шиф Ж.И., 1968; Розанова Т.В., 1985; Астапов В.М., 1994, Пархалина Е.В., 1995). Потеря слуха часто сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что негативно отражается на двигательной сфере ребенка. Характерными

проявлениями является нарушение статического и динамического равновесия, точности движений, пространственной ориентировки, способности усваивать заданный ритм движений (Байкина Н.Г., Сермеев В.П., 1991).

Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 44% — дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), в 80% — задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% глухих и слабослышащих детей. Наиболее распространенными являются заболевания дыхательной системы: ОРЗ, бронхиты, пневмонии, а также задержка психического развития, отклонения в развитии интеллекта, вегетативно-соматические расстройства (Страковская В.Л., 1994; Лебедева Н. Т., 1996).

Дети с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП) имеют множественные двигательные расстройства: нарушение мышечного тонуса, спастичность, ригидность (напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов), гипотонию мышц конечностей и туловища, ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи), гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения), синкинезии (непроизвольные содружественные движения, сопровождающиеся выполнением активных произвольных движений), тремор пальцев рук и языка, нарушение равновесия и координации движений (атаксия), нарушение мышечно-суставного чувства, чувства позы, положения собственного тела в пространстве (Левченко И.Ю., Приходько О.Г., 2001). В зависимости от локализации и тяжести поражения мозга у детей с ДЦП значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет до 80% (Данилова Л.А., 1977; Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В., 1985; Архипова Е.Ф., 1989; Данилова Л.А., Стока К., Казицына Г.Н., 1997).

Помимо нарушений функций головного и спинного мозга, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах (Бортфельд С.А, 1986; Ипполитова М.В., Чернобровкина Е.Д., 1997; Семенова К.А, 1998; и др.). Часто двигательные расстройства сопровождаются нарушениями зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций. Различают три степени тяжести дефекта: легкую (дети могут свободно передвигаться), среднюю (при передвижениях и самообслуживании нуждаются в помощи), тяжелую (дети целиком зависят от окружающих).

По данным анкетирования Ассоциации родителей детей-инвалидов, проведенного в Санкт-Петербурге, 6% детей с ДЦП полностью способны к самообслуживанию, 80% — к полному и частичному самообслуживанию и 14% — полностью не способны к самообслуживанию. По степени сохранности интеллекта у данной категории детей получены следующие результаты: у 60% — сохранен интеллект, у 30% — частичные отклонения, у 10% — грубые нарушения (Шипицына Л.М. с соавт., 1995).

Для двигательной сферы характерны нарушения опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве, координации микро- и макро-моторики, согласованности дыхания и движения, несформированность локомоторных актов, низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость (Мастюкова Е.М., 1985, 1992; Семенова К.А, 1986; Бадалян Л.О. с соавт., 1988).

Ампутация конечностей ведет в первую очередь к нарушению двигательного стереотипа, функции опоры и ходьбы, координации движений (Григоренко В.Г., Сермеев Б.В., 1991; Сулимцев Т.И., Таманцев А.Н., 1993). Следствием ампутации конечностей являются уменьшение массы тела, сосудистого русла, речечторных полей, тяжелые заболевания опорно-двигательного аппарата, гипокинезия и стресс. Сжижение центральных регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервно-мышечного и костного компонентов опорно-двигательного аппарата, нарушение обменных процессов, ухудшение деятельности вегетативных функций, детренированность мышц отрицательно влияют на процессы кровообращения, дыхания, пищеварения и других жизненно важных функций, создают объективные биологические предпосылки отставания темпов физического и психического развития, снижения двигательных возможностей и общей работоспособности (Меерсон Ф.З., 1986; Солодков А.С., 1988, 1996; Никитюк Б.А, Коган Б.И., 1989; Курдыбайло С.Ф., 1993, 1996). Выраженность жизненных функций организма зависит от уровня ампутации конечности, характера оперативных вмешательств, возраста, индивидуальных особенностей инвалида.

Утрата конечности у детей (или врожденное недоразвитие) снижает их двигательные возможности, что ведет к вторичным деформациям и атрофии мышц. Протезирование целесообразно и успешно лишь в том случае, если двигательная активность обеспечивает формирование мышечной моторики, соответствующей возрасту, так как для управления протезами необходимо владеть умениями раздельного сокращения мышц культи, дифференцирования мышечных усилий, точности движений и пр. Эти умения определяются не только физическими возможностями, но и психофизиологическим состоянием ребенка. «Уход» в болезнь, дефицит положительных эмоций, ощущение физической неполноценности могут изменить сознание, поведение, интеллект, социальную активность детей [1].

Невоспалительные поражения спинного мозга характеризуются полной или частичной утратой произвольных движений, различных видов чувствительности, расстройством функций тазовых органов. К вторичным нарушениям относятся спастичность, контрактуры суставов, пролежни.

Такие аномалии развития, как нарушение слуха, зрения, интеллекта, ДЦП и другие, сопровождаются не только расстройствами моторики и координации, но и высших психических функций, особенно речи, внимания,

памяти и других, ограничивающих познавательную, коммуникативную, учебную, трудовую, двигательную деятельность и нуждающихся в коррекции.

Рядом авторов отмечается, что у детей с дефектами речи наблюдаются нарушения осанки, дыхательной мускулатуры, несформированность общей и мелкой моторики, равновесия, частые простудные заболевания, неврозы.

2. Двигательная сфера детей с нарушениями в развитии

Знание общих закономерностей и особенностей формирования двигательной сферы детей с различными отклонениями представляет особую важность для поиска эффективных педагогических средств и методов коррекции двигательных нарушений. На состояние двигательной сферы детей оказывают влияние следующие факторы.

1. Тяжесть и структура основного дефекта и его влияние на уровень построения движений. Н. А. Бернштейном (1966) установлено, что каждый уровень построения движения характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений, основной и фоновой ролью в двигательных актах вышележащих уровней, патологическими синдромами и дисфункцией. Это означает, что нарушение двигательной функции у детей с сенсорными поражениями, умственной отсталостью и церебральными параличами имеют разные причины, а следовательно, и разные способы коррекции.

У детей с умственной отсталостью — это локализация органических поражений в ЦНС, которая приводит к недоразвитию моторики. Чем выше уровень поражения, тем грубее двигательные расстройства. Нижележащие уровни более сохранны, но они регулируют лишь элементарные двигательные акты. Поэтому в наибольшей степени оказываются нарушенными не элементарные движения, а сложно-координационные двигательные действия, требующие осмысления, словесного опосредования и регуляции со стороны коркового уровня [5].

У детей с сенсорными аномалиями причиной двигательных нарушений является отсутствие или ограничение полноценной сенсорной афферентации, оказывающей влияние на становление пространственного анализа и синтеза, кинестетического, зрительного, слухового, тактильного восприятия движений, схемы тела.

У детей с ДЦП причинами двигательных нарушений являются полиморфные органические поражения головного и спинного мозга и проводящих путей. Характерны расстройства схем произвольных движений: неуверенная неустойчивая ходьба, патологические позы тела и конечностей, нарушение мышечного тонуса, манипулятивных действий, равновесия и координации (Левченко И. Ю., Приходько О. Г., 2001).

2. Раннее начало двигательной активности. Научные исследования, отечественный и зарубежный опыт показывают, что чем раньше начата медико-психолого-педагогическая реабилитация, тем

она более эффективна. Развивающийся, формирующийся организм более пластичен и чувствителен к воздействию физических упражнений, коррекции и компенсации двигательных и психических нарушений (Шипицына Л. М., Мамайчук И. И., 2001). Реабилитационный потенциал выше, если с ребенком-инвалидом начинать систематические занятия с первых месяцев жизни сначала в семье, затем в дошкольных и школьных (коррекционных) учреждениях. Раннее начало занятий физическими упражнениями позволяет укрепить сохранные двигательные функции, предупредить появление вторичных нарушений, приобрести двигательный опыт для самостоятельных занятий. Ограничение или отсутствие двигательной активности приводит к гиподинамии со всеми ее отрицательными последствиями для организма ребенка: снижению естественной потребности в движении, низкому уровню затрат на мышечную деятельность, функциональному расстройству всех систем организма, атрофическим изменениям опорно-двигательного аппарата, деформации позвоночника и стопы, снижению жизненно важных физических качеств.

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

Независимо от специфики первичного дефекта, по мнению Мастюковой Е.М (1997), для всех детей характерны закономерности нарушенного нервно-психического развития: низкая умственная работоспособность, недостаточность концентрации внимания, памяти.

незрелость эмоционально-волевой сферы, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, знаний и представлений об окружающем, отсутствие коммуникативного поведения, недостаточная выраженность познавательных интересов, что негативно сказывается на формировании произвольных движений и физическом развитии. Краткий анализ состояния здоровья, специфических нарушений физического и психического развития, факторов, влияющих на двигательную сферу детей аномального развития позволил выделить типичные двигательные расстройства, характерные в разной степени для всех нозологических групп детей:

сниженная* двигательная активность, обусловленная тяжестью первичного дефекта и его негативными последствиями;

- нарушение физического развития, диспропорции телосложения, деформации стон и позвоночника, ослабленный мышечный «корсет», снижение вегетативных функций, обеспечивающих движение;
- нарушение координационных способностей: быстроты реакции, точности, темпа, ритма движений, согласованности микро- и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве, расслабления;
- сниженный уровень всех жизненно важных физических способностей — силовых, скоростных, выносливости, гибкости и др.;
- нарушение локомоторной деятельности — ходьбы, бега (особенно при нарушении опороспособности), а также лазания, ползания, прыжков, метания, упражнений с предметами, т. е. движений, составляющих основу жизнедеятельности ребенка.

3. Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий — основа частных методик адаптивной физической культуры

Выдвинутый Л.С. Выготским в 30-е гг. XX в., этот принцип и сегодня является ведущим в отечественной дефектологии. Суть принципа заключается в том, что педагогические воздействия должны быть направлены не только на преодоление, сглаживание, выравнивание, ослабление физических и психических недостатков детей аномального развития, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств.

Коррекционно-развивающая направленность характерна для всей учебно-воспитательной работы и охватывает все категории детей с нарушениями в развитии.

Коррекционно-развивающие задачи направлены на обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности, восстановление и совершенствование психофизических способностей, профилактику и предупреждение вторичных отклонений. Устойчивость вертикальной позы, сохранение равновесия и уверенной походки, способность соизмерять и регулировать свои действия в пространстве, выполняя их точно, свободно, без напряжения и скованности, — это те свойства, которые необходимы ребенку для нормальной жизнедеятельности.

Коррекционно-развивающая направленность педагогической деятельности неразрывно связана с процессом обучения двигательным действиям и развитием физических качеств. Образовательные и коррекционно-развивающие задачи решаются на одном и том же учебном материале, но имеют отличия. Для образовательных задач характерна высокая степень динамичности, так как они должны соответствовать

программному содержанию обучения. Коррекционно-развивающим задачам свойственно относительное постоянство, так как они решаются на каждом занятии. В процессе обучения при переходе к новому учебному материалу происходит не полная смена коррекционных задач, а смена доминирования каких-либо из них. Постоянно действующими задачами на каждом занятии является коррекция осанки, основных локомоций — ходьбы, бега и других естественных движений, укрепление «мышечного корсета», коррекция телосложения, коррекция и профилактика плоскостопия, активизация вегетативных функций [8].

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

Концептуальным положением является взаимосвязь и психофизическое единство организованной двигательной деятельности и целенаправленного формирования личности ребенка, коррекция и развитие его познавательных способностей, сенсорных систем, психики (восприятия, внимания, памяти, эмоций, мышления, речи), общения, мотивов, интересов, потребностей, самовоспитания.

Коррекционно-развивающее направление адаптивной физической культуры имеет широкий диапазон решения педагогических задач, которые условно можно объединить в следующие группы:

- 1) коррекция основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, передвижении на лыжах, упражнениях с предметом и др.;
- 2) коррекция и развитие координационных способностей;
- 3) коррекция и развитие физической подготовленности, -
- 4) коррекция и профилактика соматических нарушений,
- 5) профилактика, коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей;
- 6) развитие познавательной деятельности;
- 7) формирование личности ребенка.

4. Основные педагогические принципы работы с детьми, имеющими нарушения в развитии

Единство диагностики и коррекции. Практическая деятельность педагога требует знания основного дефекта, его проявлений, качественного своеобразия и структуры, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, медицинских показаний и противопоказаний к тем или иным видам физических упражнений. Кроме того, необходимо знать состояние сохранных функций, особенности психомоторики с учетом возраста, основного вида деятельности, характерного для каждого возрастного периода. Эти сведения необходимы педагогу, чтобы, во-первых, не навредить, во-вторых, выявить потенциальные личностные

и функциональные возможности ребенка, в-третьих, определить и контролировать оптимальный путь коррекции и развития.

Специалист адаптивной физической культуры самостоятельно проводит педагогическую диагностику, выявляя состояние отдельных двигательных функций, физических и координационных способностей. Его задача состоит в том, чтобы правильно интерпретировать результаты медицинской и психологической диагностики и на основе сопоставления и анализа этих данных планировать стратегический путь и оперативные способы, методы и приемы коррекции и развития.

Принцип дифференциации и индивидуализации.

Дифференцированный подход в адаптивном физическом воспитании означает объединение детей в относительно однородные группы. Первичную дифференциацию осуществляет медико-психолого-педагогическая комиссия, формирующая типологические группы детей, сходные по возрасту, клинике основного дефекта, показателям соматического развития. Однако физическая подготовленность, двигательный опыт, готовность к обучению, качественные и количественные характеристики двигательной деятельности в этих группах (классах) чрезвычайно вариативны, поэтому для проведения уроков физического воспитания нужна более тонкая дифференциация учащихся, которую осуществляет учитель физического воспитания.

Индивидуальный подход означает учет особенностей, присущих одному человеку. Эти особенности касаются пола, возраста, телосложения, двигательного опыта, свойств характера, темперамента, волевых качеств, состояния сохранных функций — двигательных, сенсорных, психических, интеллектуальных.

Сущность индивидуализации педагогического процесса состоит в том, чтобы, опираясь на конкретные способности и возможности каждого ребенка, создать максимальные условия для его роста. При индивидуальной форме занятий принцип реализуется полностью и зависит от профессиональной компетентности и методического мастерства учителя.

Принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования «обходных путей».

Так, при нарушении зрения компенсация формируется под влиянием комплекса сохранных ощущений: слуховых, кожных, мышечно-суставных, обонятельных, вибрационных, температурных, которые достаточно подробно информируют человека об окружающем пространстве, что и позволяет ему решать сложные двигательные задачи.

При поражении спинного мозга, когда нормальную ходьбу восстановить невозможно, формируют различные варианты компенсаторной ходьбы за счет активного развития сохранных функций

(Скворцов Д.В., 1997; Витензон А.С., 1998). Тренировка поврежденных структур, возможности развития которых чрезвычайно ограничены, часто не приводит к желаемым результатам.

Таким образом, смысл принципа компенсаторной направленности педагогических воздействий состоит в том, чтобы с помощью специально подобранных физических упражнений, методов и методических приемов стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и системах за счет активизации сохранных функций, создавая со временем устойчивую долговременную компенсацию (Меерсон Ф. З., 1986).

Принцип учета возрастных особенностей. Ребенок с отклонениями в развитии проходит все те же стадии онтогенетического развития, что и здоровый, но только у первых этот процесс протекает медленнее и с другим конечным результатом. Биологический возраст ребенка аномального развития в большинстве случаев отстает от паспортного. Процесс индивидуального развития всех физиологических и психологических функций протекает неравномерно и неодновременно: периоды стабилизации сменяются ускорениями развития. Этот процесс является закономерным для всех детей, отличие состоит в том, что у ребенка с отклонениями в развитии периоды ускорения (сенситивные периоды) наступают в среднем на 2–3 года позднее (Горская И.Ю., Синельникова Т.В., 1999). Динамика психических и физических способностей сугубо индивидуальна, как индивидуальные и сенситивные периоды, их важно не пропустить и максимально использовать для развития и личностного роста, особенно при планировании программы рассчитанных на несколько лет.

Для выявления потенциальных возможностей ребенка и оперативной коррекции необходимо учитывать «зону актуального развития» и «зону ближайшего развития» (Выготский Л.С., 1984). Первая отражает реальные возможности ребенка в настоящий момент, вторая характеризуется тем, что самостоятельное выполнение данного ему задания пока недоступно, но он может его выполнить с помощью педагога. Л.С. Выготский предлагает ориентироваться в процессе обучения на «зону ближайшего развития» как зону потенциальных возможностей ребенка.

Принцип адекватности педагогических воздействий означает реализацию одной из важнейших закономерностей учебно-педагогического процесса: решение коррекционно-развивающих, компенсаторных, лечебно-восстановительных задач, подбор средств, методов, методических приемов должны соответствовать реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям ребенка.

Принцип оптимальности педагогических воздействий означает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов. В качестве стимулов выступают физические упражнения, различные по характеру,

направленности, координационной сложности, а также физическая нагрузка, которая должна соответствовать оптимальным реакциям организма.

Принцип вариативности педагогических воздействий означает бесконечное многообразие не только физических упражнений, но и условий их выполнения, способов регулирования, эмоционального состояния, воздействия на различные сенсорные ощущения (зрительные, тактильное, слуховые), речь (подвижные игры с речитативами), мелкую моторику («пальчиковые» игры), интеллект (игры со счетом, выстраиванием слов и т.п.).

Дети с отклонениями в развитии вследствие вынужденной малой подвижности (два урока физкультуры не удовлетворяют естественной потребности в двигательной активности и не решают всех необходимых задач) испытывают двигательный и эмоциональный голод, дефицит общения, поэтому разнообразие двигательной деятельности, особенно игровой, хотя бы частично компенсирует эти негативные явления.

Доказано, что игра для детей с нарушениями в развитии это не только забава, развлечение, но и эффективное средство и метод решения коррекционно-развивающих задач, о чем свидетельствуют многочисленные публикации, научные исследования, программы физического воспитания, концепции оздоровления данной категории детей (Дмитриев А.А., 1989; Воронкова В.В., 1994; Страковская В.Л., 1994; Черник Е.С, Рубцова О.Н., 1995; Катаева А.А., Стребелева Е.А., 1998; Маллаев Д.М., 2002).

Принцип приоритетной роли микросоциума состоит в единстве коррекционной работы с ребенком и его окружением, прежде всего с родителями. В силу огромной роли семьи в становлении личности ребенка, необходима такая организация микросоциума, которая могла бы максимально стимулировать его развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на физическое и психическое состояние ребенка (Шипицына Л.М., Мамайчук И.И., 2001).

Ребенок сознательно или бессознательно усваивает манеры поведения, общения, установки, привычки в соответствии с представлениями и ценностными ориентациями родителей и близких. Особенно велика их роль для детей, обучающихся в домашних условиях. К сожалению, родители чаще всего недостаточно информированы о положительном влиянии физических упражнений на здоровье ребенка, коррекцию физических и психических нарушений, поэтому необходима просветительская работа, консультативная и методическая помощь, создание специальных программ обучения родителей.

5. Формы организации адаптивной физической культуры с детьми, имеющими нарушения в развитии

В структуру адаптивной физической культуры входят адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный

спорт и физическая реабилитация. Они охватывают все возможные виды физкультурной деятельности детей с физическими и умственными недостатками, помогают им адаптироваться к окружающему миру, так как обучение разнообразным видам движений связано с развитием психофизических способностей, общением, эмоциями, познавательной и творческой деятельностью. Адаптивная физическая культура не только играет важную роль в формировании физической культуры ребенка, но и передает ему общечеловеческие культурные ценности.

Каждый вид адаптивной физической культуры имеет свое назначение: адаптивное физическое воспитание предназначено для формирования базовых основ физкультурного образования; адаптивная двигательная рекреация — для здорового досуга, активного отдыха, игр, общения; адаптивный спорт — для совершенствования и реализации физических, психических, эмоционально-волевых способностей; физическая реабилитация — для лечения, восстановления и компенсации утраченных способностей. Каждому из них свойственны собственные функции, задачи, содержание, степень эмоционального и психического напряжения, методы и формы организации. И вместе с тем они тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Адаптивное физическое воспитание — наиболее организованный вид адаптивной физической культуры, охватывающий продолжительный период жизни (дошкольный, школьный, молодежный возраст), поэтому является основным каналом приобщения к ценностям физической культуры. Адаптивное физическое воспитание (физическая культура) является обязательной дисциплиной во всех восьми видах образовательных (коррекционных) учреждений, в которых обучаются около 600 тыс. детей. Это единственный школьный предмет, сфокусированный на уважении ребенка к собственному телу, развитии двигательных способностей, приобретении необходимых знаний, понимании необходимости систематических занятий физическими упражнениями, что служит основой для повышения уверенности в себе, самооценки, формирования положительной мотивации к здоровому образу жизни.

Формы организации занятий физическими упражнениями чрезвычайно разнообразны, они могут быть систематическими (уроки физической культуры, утренняя гимнастика), эпизодическими (загородная прогулка, катание на санках), индивидуальными (в условиях стационара или дома), массовыми (фестивали, праздники), соревновательными (от групповых до международных), игровыми (в семье, оздоровительном лагере). Одни формы занятий организуются и проводятся специалистами адаптивной физической культуры, другие — общественными и государственными организациями, третьи — родителями детей-инвалидов, волонтерами, студентами, четвертые — самостоятельно. Цель всех форм организации — расширение двигательной активности детей, приобщение их к доступной спортивной деятельности, интересному досугу, развитие собственной активности и творчества,

формирование здорового образа жизни, физкультурное и спортивное воспитание.

Основной формой организованных занятий во всех видах адаптивной физической культуры является *урочная форма*, исторически и эмпирически оправдавшая себя.

В зависимости от целей, задач, программного содержания уроки подразделяются на:

- уроки образовательной направленности — для формирования специальных знаний, обучения разнообразным двигательным умениям;
- уроки коррекционно-развивающей направленности — для развития и коррекции физических качеств и координационных способностей, коррекции движений, коррекции сенсорных систем и психических функций с помощью физических упражнений;
- уроки оздоровительной направленности — для коррекции осанки, плоскостопия, профилактики соматических заболеваний, нарушений сенсорных систем, укрепления сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- уроки лечебной направленности — для лечения, восстановления и компенсации утраченных или нарушенных функций при хронических заболеваниях, травмах и т. п. (например, ежедневные уроки ЛФК в специальных школах-центрах для детей с ДЦП);
- уроки спортивной направленности — для совершенствования физической, технической, тактической, психической, волевой, теоретической подготовки в избранном виде спорта;
- уроки рекреационной направленности — для организованного досуга, отдыха, игровой деятельности.

Такое деление носит условный характер, отражая лишь преимущественную направленность урока. Фактически каждый урок содержит элементы обучения, развития, коррекции, компенсации и профилактики. Таким образом, наиболее типичными для детей с ограниченными функциональными возможностями являются *комплексные уроки*.

Неурочные формы не регламентированы временем, местом проведения занятий, количеством участников, их возрастом. Занятия могут включать детей с разными двигательными нарушениями, проводиться отдельно или совместно со здоровыми детьми, родителями, добровольными помощниками. Их главная цель — удовлетворение потребности детей в эмоциональной двигательной активности, игровой деятельности, общении, самореализации.

В разных видах адаптивной физической культуры урочные и неурочные формы занятий распределяются следующим образом.

Адаптивное физическое воспитание в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях осуществляется в следующих формах:

- уроки физической культуры;
- уроки ритмики (в младших классах);

– физкультминутки на общеобразовательных уроках (для снятия и профилактики умственного утомления).

Адаптивная физическая рекреация осуществляется в процессе внеурочных и внешкольных занятий. Рекреативные занятия имеют две формы: в режиме дня и внеклассную.

В режиме дня они представлены в виде:

- утренней гимнастики (до уроков);
- организованных игр на переменах;
- спортивного часа (после уроков).

Внеклассные занятия имеют следующие формы:

– рекреативно оздоровительные занятия в школе (в группах общей физической подготовки, группах подвижных и спортивных игр и других формах), организованных на добровольной самодеятельной основе в соответствии с возможностями учреждения и интересами учащихся;

– физкультурные праздники, викторины, конкурсы, развлечения, соревнования типа «Веселые старты»;

- интегрированные праздники вместе со здоровыми детьми;
- прогулки и экскурсии;
- дни здоровья.

Во внешкольное время адаптивная физическая рекреация имеет следующие формы:

- занятия в летних и зимних оздоровительных лагерях;
- занятия и игры в семье;
- занятия в реабилитационных центрах;
- занятия в семейно-оздоровительных клубах;
- самостоятельные занятия.

Адаптивный спорт имеет два направления: рекреационно-оздоровительный спорт и спорт высших достижений. Первое реализуется в школе как внеклассные занятия в секциях по избранном виду спорта (настольный теннис, гимнастика, аэробика, танцы (в том числе и в колясках), хоккей на полу, баскетбол, плавание, легкая атлетика и др.) в двух формах:

- тренировочные занятия;
- соревнования.

Второе направление реализуется в спортивных и физкультурно-оздоровительных клубах, общественных объединениях инвалидов, ДЮСШ, сборных командах по видам спорта в системе Специального Олимпийского, Паралимпийского движения, движения глухих.

Физическая реабилитация в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений реализуется в двух формах:

- уроки ЛФК в школе;
- занятия ЛФК в лечебных учреждениях.

ЛЕКЦИЯ 2

МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

План лекции:

1. Характеристика детей с нарушением слуха.
 - 1.1. Характеристика патологий слуха и причины их возникновения.
 - 1.2. Психофизическое развитие и двигательные способности глухих детей.
2. Методика адаптивного физического воспитания детей с нарушением слуха.
 - 2.1. Методика активизации познавательной деятельности глухих детей.
 - 2.2. Роль компенсаторных механизмов в развитии глухих детей.
 - 2.3. Методика обучения плаванию детей с нарушением слуха.

1. Характеристика детей с нарушением слуха

1.1. Характеристика патологий слуха и причины их возникновения

Причины стойких нарушений слуха

Стойкие нарушения слуха у детей могут быть врожденными и приобретенными. Врожденный характер нарушения слуха отмечается значительно реже, чем приобретенный.

Роль наследственного фактора в качестве причины врожденных нарушений слуха в прежние годы преувеличивалась.

Из других причин, обуславливающих врожденное нарушение слуха, следует отметить инфекционные заболевания у матери во время беременности. Особое значение имеют вирусные инфекции (корь, грипп). Наиболее опасным для развивающегося зачатка слухового органа является заболевание, возникающее у матери в первые три месяца беременности.

Вредное воздействие на развивающийся орган слуха у плода могут оказать некоторые химические вещества. Практическое значение в возникновении врожденных нарушений слуха имеет алкоголь, употребляемый матерью во время беременности, а из лекарственных веществ — стрептомицин и хинин.

Нарушение развития слухового органа может возникнуть вследствие травмы плода, особенно в первые месяцы беременности, когда зачаток слухового анализатора оказывается особенно ранимым.

Приобретенные нарушения слуха возникают от разнообразных причин. Тяжелые нарушения слуха наступают обычно при поражении звуковоспринимающего аппарата (внутреннего уха, слухового нерва), в то время как легкая и средняя степень нарушения слуха может возникать при поражении лишь звукопроводящего аппарата (среднего уха).

Среди причин нарушения слуха у детей первое место занимают последствия острого воспаления среднего уха (острого среднего отита).

Поражение слуха в этих случаях обусловлено стойкими остаточными изменениями в среднем ухе, приводящими к нарушению нормальной подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек. В некоторых случаях после острого среднего отита остается стойкое прободение барабанной перепонки и длительное гноетечение из уха — хронический гнойный отит. Это заболевание сопровождается обычно значительным понижением слуха.

Частой причиной поражения слуха у детей являются заболевания носа и носоглотки и связанное с этими заболеваниями нарушение проходимости евстахиевой трубы.

В этиологии резко выраженных форм стойких нарушений слуха важнейшую роль играют поражения внутреннего уха и ствола слухового нерва. Поражение ядер слухового нерва, его проводящих путей в головном мозге, а также корковых слуховых центров как по частоте, так и по степени возникающих при них нарушениях слуха имеют сравнительно меньшее значение.

Важную роль в возникновении стойких нарушений слуха играют острые инфекционные заболевания. Большинство инфекционных болезней, являющихся причиной поражения слуха, приходится на детский возраст, и потому роль этих заболеваний в этиологии нарушений слуха у детей особенно велика. Из инфекционных заболеваний, обуславливающих стойкие поражения слуха в детском возрасте, наибольшее значение имеют эпидемический цереброспинальный менингит, корь, скарлатина, грипп, свинка. Одни инфекционные заболевания (менингит, вирусный грипп, свинка) вызывают поражение нервного аппарата слухового анализатора (кортиева органа или ствола слухового нерва), другие (корь, скарлатина) — преимущественно воздействуют на среднее ухо, причем развивающийся при этом воспалительный процесс не только приводит к нарушению функции звукопроводящего аппарата среднего уха, но может вызвать также заболевания внутреннего уха (серозный или гнойный лабиринтит) с частичной или полной гибелью рецепторных клеток кортиева органа.

Нарушение слуха и обычно одновременно развивающееся расстройство функции вестибулярного аппарата при цереброспинальном менингите обуславливается воспалительным процессом во внутреннем ухе — гнойным лабиринтитом, возникающим в результате распространения гнойной инфекции из мозговой оболочки через внутренний слуховой проход по оболочкам слухового нерва. Поражение внутреннего уха при эпидемическом цереброспинальном менингите наступает обычно в первые же дни болезни: иногда уже в первые сутки выявляется полная глухота, как правило двусторонняя.

Следует упомянуть о сравнительно редком, но очень тяжелом поражении слуха, которое возникает иногда при другом вирусном заболевании — воспалении околоушной слюнной железы (эпидемическом

паротите, или так называемой свинке). Поражение обычно бывает односторонним, однако в ряде случаев приводится наблюдать и полную двустороннюю глухоту. По мнению большинства исследователей, в основе глухоты при эпидемическом паротите лежит гибель рецепторного аппарата во внутреннем ухе (волосковых клеток кортиева органа).

В числе этиологических факторов, вызывающих стойкие нарушения слуховой функции, известную роль играют некоторые химические вещества, оказывающие токсическое воздействие на слуховой анализатор. К их числу относятся различные промышленные и лекарственные вещества. В этиологии приобретенных нарушений слуха у детей практическое значение имеют некоторые антибиотики (стрептомицин, канамицин, мономицин) и хинин.

В возникновении стойких нарушений слуха известное значение имеет травма, в частности предродовая. Сюда относятся повреждения слухового органа вследствие сдавливания и деформации головки плода во время прохождения через узкие родовые пути, а также в результате наложения акушерских щипцов.

Патологии слуха

В слуховом анализаторе различают звукопроводящий и звуковоспринимающий аппарат. К звукопроводящему аппарату относятся наружное и среднее ухо, а также некоторые части внутреннего уха (жидкость лабиринта и основная мембрана); к звуковоспринимающему — все остальные отделы анализатора, начиная от волосковых клеток кортиева органа и кончая нервными клетками слуховой области коры головного мозга.

Заболевания наружного уха

1. *Атрезия наружного слухового прохода.* При атрезии наружного слухового прохода понижение слуха носит характер поражения звукопроводящего аппарата, т.е. страдает главным образом восприятие низких звуков; восприятие высоких тонов сохраняется, костная проводимость остается нормальной или даже несколько улучшается.

Лечение атрезии наружного слухового прохода может заключаться только в искусственном восстановлении просвета путем пластической операции.

2. *Серная пробка.* Причинами такого накопления могут являться: 1) повышенная функция серных желез; 2) узость и ненормальная изогнутость наружного слухового прохода, затрудняющие выведение серы наружу; 3) ненормальные химические свойства серы: повышенная ее вязкость, клейкость, способствующая прилипанию серы к стенкам слухового прохода.

Лечение при серных пробках очень просто: после предварительного размягчения специальными каплями пробка удаляется посредством промывания уха теплой водой из особого шприца. Такое промывание может производить только врач или специально обученный медицинский

работник. Любые попытки самостоятельного удаления серных пробок посредством всякого рода палочек, ложечек, шпилек и т. д. недопустимы.

3. Инородные тела. Пребывание инородного тела в ухе даже в течение нескольких дней не может причинить вреда, поэтому ребенка с инородным телом следует при первой возможности доставить к врачу-специалисту, а доврачебные мероприятия могут заключаться в следующем: 1) умерщвление живых инородных тел путем впускания в ухо нескольких капель какого-либо чистого жидкого масла (в теплом виде); 2) при набухающих инородных телах (горох, фасоль и пр.) вливание в ухо теплого спирта с целью вызвать сморщивание инородного тела; 3) при ненабухающих телах (бусы, камешки, вишневые косточки), а также живых инородных телах — осторожное промывание уха теплой кипяченой водой из обыкновенной резиновой спринцовки. При подозрении на наличие прободения барабанной перепонки промывание не производится.

Заболевания барабанной перепонки

Главную опасность при прободениях и разрывах барабанной перепонки представляет возможность проникновения инфекции в барабанную полость с последующим развитием гнойного воспаления среднего уха.

Заболевания среднего уха

Катар среднего уха. Катар среднего уха наблюдается у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Основную роль в возникновении катара среднего уха у детей играют аденоидные разращения в носоглотке.

Лечение катара среднего уха сводится к восстановлению проходимости евстахиевой трубы. Для этого прежде всего необходимо устранить причины, вызвавшие ее закрытие. Проводится лечение носа и носоглотки, при наличии аденоидных разращений производится их удаление. В ряде случаев уже эти мероприятия приводят к улучшению проходимости евстахиевой трубы и к восстановлению или улучшению слуха; но нередко, особенно при затянувшихся катарах, приходится прибегать к специальному лечению уха — продуванию, массажу, физиотерапевтическим процедурам.

Кроме продувания, производится пневматический массаж барабанной перепонки: при помощи специального прибора вызывают разрежение и сгущение воздуха в наружном слуховом проходе. В результате чего подвижность барабанной перепонки восстанавливается.

2. Острое воспаление среднего уха (острый средний отит). Симптомами острого воспаления среднего уха являются боль в ухе, понижение слуха, повышение температуры.

3. Хроническое воспаление среднего уха (хронический средний отит). Переходу острого отита в хроническую форму способствует тяжесть инфекции и общее ослабленное состояние организма.

На поддержание воспалительного процесса в среднем ухе влияют заболевания носа и носоглотки: хронический насморк, полипы, аденоидные разращения и пр.

Различают две формы хронического гнойного среднего отита. При первой форме воспалительный процесс ограничивается только слизистой оболочкой среднего уха, не переходя на костные стенки барабанной полости. Эта форма характеризуется доброкачественным течением и, как правило, не дает осложнений.

При второй форме воспалительный процесс переходит на костные стенки барабанной полости, вызывает некроз (омертвление) костной ткани, разрастание грануляций и полипов и сопровождается выделением гноя с резким гнилостным запахом.

Осложнения при остром и хроническом гнойном среднем отите: воспаление ячеек сосцевидного отростка (мастоидит), воспаление внутреннего уха (лабиринтит), паралич лицевого нерва, воспаление мозговых оболочек (менингит), нарыв (абсцесс) мозга, заражение крови (сепсис).

Остаточные явления после воспалительных процессов в среднем ухе: стойкое понижение слуха, так как воздушная звукопередача оказывается резко нарушенной.

Понижение слуха при таких рубцовых процессах, в особенности если они распространяются на лабиринтные окна, может быть значительным, не достигая, однако, степени глухоты, так как костная проводимость в этих случаях сохраняется. Полная глухота после воспаления среднего уха может развиваться лишь в результате перехода гнойного процесса из среднего уха во внутреннее.

4. *Отосклероз.* Этим названием обозначают своеобразный процесс, развивающийся в костной капсуле ушного лабиринта и заключающийся в разрастании костной ткани в области ниши овального окна. В результате такого разрастания пластинка стремечка оказывается замурованной в овальном окне и лишается своей подвижности. Отосклероз является одновременно заболеванием среднего и внутреннего уха.

Отосклероз начинается чаще всего в юном возрасте (15–16 лет), но наблюдались отдельные случаи развития этого заболевания и у детей. Болезнь заключается в прогрессирующем падении слуха и шуме в ушах; она развивается медленно, постепенно, начало ее часто остается незамеченным, и больные обращаются к врачу обычно уже в стадии выраженного нарушения слуховой функции. Отосклероз может приводить к резкой тугоухости или даже полной глухоте.

Заболевания внутреннего уха

1. *Дефекты и повреждения внутреннего уха.* К числу врожденных дефектов относятся аномалии развития внутреннего уха, имеющие различные формы. Наблюдались случаи полного отсутствия лабиринта или недоразвития отдельных его частей. В большинстве врожденных дефектов

внутреннего уха отмечается недоразвитие кортиева органа, причем нараставшимся оказывается именно специфический концевой аппарат слухового нерва — волосковые клетки.

К патогенным факторам относятся: воздействие на зародыш, интоксикация организма матери, инфицирование, травма плода, наследственное предрасположение. От врожденных дефектов развития следует отличать повреждения внутреннего уха, которые иногда происходят во время родового акта. Такие повреждения могут явиться результатом сдавливания головки плода узкими родовыми путями или последствием наложения акушерских щипцов. Повреждения внутреннего уха наблюдаются иногда у маленьких детей при ушибах головы (падение с высоты); при этом наблюдаются кровоизлияния в лабиринт и смещения отдельных участков его содержимого. В этих случаях может повреждаться одновременно также среднее ухо и слуховой нерв. Степень нарушения слуховой функции при травмах внутреннего уха зависит от протяженности повреждения и может варьировать от частичной потери слуха на одно ухо до полной двусторонней глухоты.

2. *Воспаление внутреннего уха (лабиринтит).* Воспаление внутреннего уха возникает вследствие: 1) перехода воспалительного процесса из среднего уха; 2) распространения воспаления со стороны мозговых оболочек; 3) заноса инфекции током крови.

При серозном лабиринтите вестибулярная функция в той или иной мере восстанавливается, а при гнойном — в результате гибели рецепторных клеток функция вестибулярного анализатора полностью выпадает, в связи с чем у больного остается надолго или навсегда неуверенность в ходьбе, небольшое нарушение равновесия.

Заболевания слухового нерва, проводящих путей и слуховых центров в головном мозге

1. *Неврит слухового нерва.* Данная группа включает не только заболевания ствола слухового нерва, но и поражения нервных клеток, входящих в состав спирального нервного узла, а также некоторые патологические процессы в клетках кортиева органа.

Интоксикация клеток спирального нервного узла происходит не только при отравлении химическими ядами, но и при воздействии токсинов, циркулирующих в крови при многих болезнях (например, менингите, скарлатине, гриппе, тифе, свинке). В результате интоксикации как химическими ядами, так и бактериальными наступает гибель всех или части клеток спирального узла с последующим полным или частичным выпадением слуховой функции.

Заболевания ствола слухового нерва возникают также вследствие перехода воспалительного процесса с мозговых оболочек на оболочку нерва при менингите. В результате воспалительного процесса происходит гибель

всех или части волокон слухового нерва и возникает соответственно полная или частичная потеря слуха. [1]

Характер нарушения слуховой функции находится в зависимости от места поражения. В тех случаях, когда процесс развивается в одной половине мозга и захватывает слуховые пути до их перекреста, нарушается слух на соответствующее ухо; если при этом гибнут все слуховые волокна, то возникает полная потеря слуха на это ухо; при частичной гибели слуховых путей — большее или меньшее понижение слуха, но опять-таки на соответствующее ухо.

Заболевания слуховой области коры головного мозга, так же как и заболевания проводящих путей, могут возникать при кровоизлияниях, опухолях, энцефалитах. Односторонние поражения ведут к понижению слуха на оба уха, больше — на противоположное.

2. *Шумовые поражения.* При длительном воздействии шума развиваются дегенеративные изменения в волосковых клетках кортиева органа, распространяющиеся на нервные волокна и на клетки спирального нервного узла.

3. *Воздушная контузия.* Действие взрывной волны, т.е. внезапного резкого колебания атмосферного давления, обычно сочетается с влиянием сильного звукового раздражения. В результате одновременного действия обоих этих факторов могут возникать патологические изменения во всех отделах слухового анализатора. Наблюдаются разрывы барабанной перепонки, кровоизлияния в среднем и внутреннем ухе, смещение и разрушение клеток кортиева органа. Результатом такого рода повреждений является стойкое поражение слуховой функции.

4. *Функциональные нарушения слуха* — временные расстройства слуховой функции, сочетающиеся иногда с нарушениями речи. К числу функциональных нарушений слуха относится также истерическая глухота, развивающаяся у людей со слабой нервной системой под влиянием сильных раздражителей (испуг, страх). Случаи истерической глухоты наблюдаются чаще у детей.

1.2 Психофизическое развитие и двигательные способности глухих детей

Нарушение слуха прежде всего сказывается на психике школьника, 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 Л.С., 1924; Власова Т.А., 1954; Боскис Р.М., 1963; Шиф Ж.И., 1968 и др.).

Нарушение слухового восприятия вызывают специфические изменения в снижении двигательной памяти, произвольного внимания,

особенно у учащихся младшего и среднего школьного возраста (Розанова Т.В., 1978; Гоголева А.В., 1981). Многие неслышащие школьники с трудом осваивают представления о мерах времени и об отношениях между единицами измерения (Тимохин В.П., 1955; Дьячков А.И., 1957). Слух теснейшим образом связан с движением. П.А. Бернштейн (1966), 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 (Ананьев Б.Г., 1968). 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 школьников:

- 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 (Костанян А.О., 1963; Ляхова И.П., 1992), имеют меньший уровень максимальных достижений по точности и времени движений, а также уступают в статическом и динамическом равновесии слышащим школьникам (Рябичев В.А, 1964; Какузин В.А., 1973).

Большая часть авторов объясняют сниженный уровень двигательной сферы глухих и, в частности, координационных способностей (особенно равновесия) недостаточной функциональной активностью вестибулярного аппарата (Дзюрич В.В., 1975; Бессарабов П.С, 1979; и др.).

При нарушении равновесия у глухих детей младшего школьного возраста отмечается замедленность, скованность и малая амплитуда движений (Бабенкова Р.Д., 1967).

Ведущим и решающим фактором в регуляции чувства равновесия у глухих школьников является «мышечное чувство». Костанян А.О. (1963) 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.

По данным Какузина В.А. (1973), Ляховой И.П. (1992), у глухих 7—13 лет величины сагиттального размера пространственного поля устойчивости и коэффициента использования площади 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.

В исследованиях Попова П.А. (1920) глухонемые показали 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 В.В., 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.

Беритов И.С. (1956) обнаружил, что глухие 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 нет (Хохрякова Е.В., 1959). Причину уменьшения с возрастом различий у глухих Фарфель В.С. (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.

Потеря слуха оказывает значительное влияние на функциональное состояние всех систем. Накопленный материал неврологической симптоматики глухих детей позволяет выделить некоторые поражения периферических и центральных структур, проявляющиеся в замедленном движении глаз (0,9%), языка (2,7%), акта жевания (0,3%), иннервируемых двигательными черепно-мозговыми нервами. Характерная замедленность двигательных актов у большинства неслышащих может быть вызвана и нарушениями механизмов координации двигательных реакций.

Эти нарушения прямо или опосредованно влияют на двигательные способности, связанные с быстротой реагирования, темпом движений, скоростными качествами.

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 оказалась меньше, чем при нормальном функционировании слухового анализатора. [2]

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 тенинг-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 (Костянян А.О., 1963).

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 Н.С., 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. И 12-летним глухим школьникам автор рекомендует на общеразвивающие упражнения отводить 25%, на специальные — 35%, на обучение и совершенствование цифровых действий — 40% времени урока.

Козьянов Г.Ф. (1972) при исследовании особенностей развития быстроты глухих подростков установил, 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 слабослышащих в 9, 11, 12 лет до 33% по показателям абсолютной силы, но динамика ее возрастного развития почти совпадает с показателями слышащих сверстников.

Букун Н.И. (1986) отмечает, что мышечная сила у глухих ниже, чем у слышащих. До 13 лет сила мышц ежегодно увеличивается на 1–3 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 (Байкина П.Г., Багрин В.С., Касьян О.В.).

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.

Меж индивидуальные 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 кардио-респираторной 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 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.

2. Методика адаптивного физического воспитания детей с нарушением слуха

2.1. Методика активизации познавательной деятельности глухих детей

Формирование произвольных движений происходит под воздействием регулирующей функции речи (Выготский Л.С., Запорожец А.В., Леонтьев А.П., Лурия А.Р., Рубинштейн С.Л.).

Лесгафт П.Ф. рекомендовал все движения ребенка сочетать со словесным объяснением. По мнению Рудика П.А., речевая инструкция ускоряет выработку условных рефлексов, формирование сложных двигательных навыков и делает их более стойкими. Речь, сопровождая все двигательные реакции, упорядочивает последние, преодолевает их диффузный, импульсный характер, делает их организованными и дифференцированными.

Особенности развития двигательной сферы глухих обусловлены в основном тремя факторами: функциональным нарушением некоторых физиологических систем, отсутствием слуха и недостаточным развитием речи. Несформированность моторики и особенности развития психических функций ставят глухих детей в специфические условия. С потерей слуха значительно снижается объем речевой информации, которая участвует в формировании всех видов деятельности. В связи с этим словесная речь является необходимым фактором при обучении физическим упражнениям и двигательным действиям в процессе физического воспитания, игровой и спортивной деятельности. [5]

Включение речевого материала в содержание уроков физической культуры в школе глухих положительно влияет на накопление и осмысление словарного запаса, связанного с формированием и совершенствованием двигательных умений, навыков и на развитие интеллекта глухого ребенка.

По мнению Зыковой П.С., в процессе коррекционной работы большое внимание необходимо уделять развитию речи глухого ребенка. При этом она не должна сводиться к количественному увеличению словаря, наращиванию типов фраз, а овладению фонетикой и грамматикой языка. Обучение глухих детей языку — это обучение специфическому виду деятельности человека — речевой деятельности и речевым действиям, как ее составляющим. Автор рекомендует использовать связные высказывания, предметно-практические действия при составлении сюжетных текстов, составлять зарисовки, фигурки, сделанные из пластилина, поскольку им можно придавать различные положения: наклоны, приседания, изменения положения рук, что вызывает у глухих детей мотивированность, осознанность, проговаривание собственных действий, их интерес к составлению рассказов. Движение пальцев рук имеют особое значение, так как стимулируют созревание центральной

нервной системы, одним из проявлений которой является ускоренное развитие речи ребенка (Кольцова М.М.).

Боскис Р.М. при коррекции познавательной деятельности особое значение придает расширению сферы общения, использованию остаточного или частичного слуха. Это позволяет быстрее и с большим эффектом выйти из трудностей, обусловленных дефектом и вторичными нарушениями, имеющимися у аномального ребенка.

Развитие движений в дошкольном возрасте оказывает чрезвычайно благоприятное влияние на формирование речи (Лубовский В.И.). Отмечается общность развития речедвигательной и общемоторной сфер (Новикова Л.А., Рау Ф.Ф., Пейман Л.В., Бельтюков В.И.).

В работах Б.Д. Корсунской показано, что для коррекции, проводимой в период дошкольного обучения и воспитания глухих детей, особенно важными оказываются: коммуникативная направленность процесса формирования речи; применение вспомогательных средств в обучении глухих дошкольников языку; поэтапное формирование произносительных навыков на основе использования остаточного слуха.

Луцко Е.В. в своих исследованиях указывает на то, что познавательные психические процессы у глухих дошкольников успешно развиваются при общении в среде слышащих детей. При этом автор придает особое значение познанию как условию интеллектуального развития, формирования речи, коммуникативной деятельности у детей с потерей слуха. По способу познания выделены 4 группы глухих дошкольников. Первая группа — дети, у которых доминирует зрительное восприятие, они хорошо считывают с губ. Ко второй группе относятся дети, которые активно используют зрительное восприятие и тактильные ощущения, они богаче проникают в суть предмета. Для третьей группы характерны дети, которые находятся в постоянной деятельности. Зрительный, тактильный, слуховой способ познания сменяется двигательной активностью. Этой группе детей наиболее эффективно предлагать игру и игровые упражнения. Четвертая группа — дети, у которых зрительные, тактильные и двигательная активность не доминируют. У них генетически заложен слуховой способ познания.

На практическую значимость речи в процессе физических упражнений, указывает Лаговский П.М. Он считает, что на уроках гимнастики все команды должны даваться устно и считываться с губ преподавателя. Технику физических упражнений нужно объяснять живо, красочно, интересно. При этом использовать методические приемы, которые позволяют глухим копировать упражнения, сознательно усваивать их.

Бабенкова Р.Д. предлагает глухим специальные упражнения, чтобы активизировать речевое дыхание, развивать подвижность грудной клетки, регулировать фазу вдоха и выдоха, укреплять дыхательные мышцы,

развивать равновесие, «слабые мышцы», преодолевать синкенизии, нормализовать изменение тонуса мышц конечностей и туловища.

Мак-Кензи Р.Г. считает, что для глухонемых упражнение под словесную команду имеет двойную ценность: учит чтению с губ и расширяет словесную память. В связи с этим, по его мнению, система физического воспитания для данной категории должна включать специальное обучение речи. Там, где налицо уже некоторое овладение языком, занятия должны вестись по команде, за которой следует демонстрация движения, которому ученики должны подражать. Таким путем движения губ руководителя ассоциируются с упражнением, и глухой приучается читать по губам, а затем следовать команде без демонстрации самого упражнения.

Запорожец А.В.* экспериментально подтверждает, что комбинированный способ изучения (словесно-наглядный) во всех возрастных группах оказывается наиболее продуктивным. Автор отмечает, что обучение движениям должно быть организовано так, чтобы один учащийся объяснял другому выполнение упражнения, а затем исправлял его ошибки. В связи с такой активизацией деятельности второй сигнальной системы и усилением ее роли в выработке новых связей возрастает эффективность обучения, а навыки, которые сформировались, легче переносятся в новые условия.

По мнению Хода Л.Д. (2002), на физкультурных занятиях с неслышащими дошкольниками метод слова должен включать распоряжения, указания, команды, спортивную терминологию и спортивные жесты, которые ребенок может воспринимать как с индивидуальным слуховым аппаратом, так и на слух. Речевые инструкции должны быть краткими, произноситься в разговорном темпе, содержать необходимую информацию о названии движения, технике его выполнения, приемах страховки, физкультурном оборудовании, инвентаре, действии с ним и т. д. Они предъявляются устно или с помощью письменных или графических табличек. Инструкции имеют сопроводительную функцию и применяются таким образом, чтобы не снижать моторной плотности занятия и способствовать выполнению основных задач адаптивного физического воспитания. Автор считает, что разучивание терминов и понятий должен осуществлять сурдопедагог с помощью слуховых аппаратов, а на физкультурных занятиях, прогулках, физкультминутках проходит их закрепление.

Крет Я.В. (2000) утверждает, что задачи коррекции психофизического, в том числе и речевого, развития глухих детей старшего дошкольного возраста наиболее успешно решаются в игровой деятельности с помощью артикуляционной и пальчиковой гимнастики, речевых и подвижных игр, где естественным образом активизируются эмоции и речь, быстрота реакции и координация движений, ориентировка в пространстве и равновесие, мелкая моторика и дыхание.

Личная заинтересованность каждого ребенка и желание играть создают благоприятные условия для усвоения большого объема словесной информации, понимания и запоминания игровых действий, сюжета, ролей, правил, речитативов и т. п. Всю подготовительную работу осуществляет педагог, подбирая подвижные игры, коррекционные упражнения, приемы обучения и воспитания, стимулируя познавательную деятельность соответственно уровню психофизических возможностей глухих детей [4].

Результатом активной речевой методики, предложенной Крет Я.В., является приобретение дошкольниками опыта выполнения действий, в которых произвольная регуляция движений пальцев осуществляется преимущественно на основе кинестетических ощущений. Движения приобрели более плавный характер и приблизились к наглядному образцу, ослабилась напряженность пишущей руки. Занятия артикуляционной и пальчиковой гимнастикой в сочетании с подвижными и речевыми играми способствуют не только коррекции психофизического развития, но и создают предпосылки для развития речи и речевой моторики глухих дошкольников.

Байкина Н.Г. отмечает, что речевая недостаточность глухих подростков 13–16 лет, занимающихся легкой атлетикой, затрудняет восприятие информации, связанной с описанием и освоением техники легкоатлетических упражнений.

Для повышения эффективности процесса обучения разработаны специальные речевые программы, касающиеся вопросов спортивной тренировки по легкой атлетике с глухими подростками по:

- спортивной специальной терминологии;
- наименованию спортивного оборудования и инвентаря;
- биодинамическим терминам;
- двигательным действиям;
- понятиям о пространственных, временных и силовых параметрах движений;
- структуре словесно-наглядных сообщений, связанных с измерительной аппаратурой;
- структуре словесно-наглядных сообщений по бегу, прыжкам и метаниям;
- словесным компонентам, содержащим информацию на слайдах, рисунках, таблицах, кинограммах, кинокольцовках, видеозаписях;
- структуре словесно-наглядных сообщений, касающихся анализа техники и методики обучения легкоатлетическим упражнениям.

Глухие подростки 13–16 лет имеют ограниченный лексический запас. Поэтому обучение строилось в следующей последовательности:

- создание представления о понятиях спортивной терминологии;

– закрепление понятий спортивной терминологии вслед за их применением.

В качестве методических приемов использовались описание упражнения и его элементов, условия выполнения, показ техники упражнения, иллюстрация его с помощью различных наглядных пособий, выполнение упражнения в облегченных условиях. Словесная информация состояла из объяснений, методических указаний о названии и последовательности фаз выполнения движений, действий ног, рук, головы, туловища, рекомендации для самоконтроля и исправления ошибок. В процессе сообщений использовались все формы речи — устная, письменная, тактильная, жестовая. Словесные сообщения и разбор техники сопровождались проверкой понимания подростками учебного материала. Такой подход способствовал освоению спортивной техники, интенсификации учебно-тренировочного процесса, коррекции двигательных нарушений, осмыслению двигательной и речевой информации, обогащению специальной лексикой и фразеологией, активизации интеллектуальной деятельности глухих подростков. [6]

2.2 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 (Кудрявцева Е.М., Шиф Ж.И.). Но с возрастом зрительное восприятие не слышащих значительно совершенствуется (Розова А.Н., Дьячков А.И., Яшкова Н.В.). 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. Условно выделены четыре группы. В первую группу вошли не слышащие, у которых пороги тактильной чувствительности несколько ниже, чем средние показатели у слышащих (1,83 у.е.). Эта группа составила 8% из общего числа обследуемых. Для второй группы характерны такие же показатели ощущения, как у слышащих, т. е. пороги составляют 2,8 у. е. и занимают 19% из общего количества обследуемых. Третья группа объединила испытуемых со средними порогами восприятия, превышающими пороги слышащих на 0,5 у. е., и составила 53%. Самые высокие пороги тактильной чувствительности обнаружены у четвертой группы (3,45 у. е.), составляющей 14%.

Среди слабослышащих по уровню восприятия тактильного раздражителя также выделены четыре группы. Правда, в процентном соотношении они распределены несколько иначе. Первая группа составила 18%, т.е. увеличивается количество лиц с порогами более низкими, чем у слышащих, или одинаковыми. Колебания между самым высоким и самым низким порогами раздражения достигают у глухих 1,52 у.е., у слабослышащих — 1,14 и слышащих — 0,83.

Таким образом, точность распознавания тактильного раздражителя убедительно свидетельствуют о более высоких порогах пространственного различия и нарастании тактильной чувствительности от младшего к старшему возрасту.

Вибрационная чувствительность выступает в роли раздражителя слухового и тактильного анализаторов. Так, Ананьев Б.Г. установил, 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.

Увеличение чувствительности к вибрационным воздействиям у глухих в диапазоне 100–1000 кончиков второго, третьего и четвертого пальцев правой руки (т.е. тех пальцев, которыми глухие постоянно пользуются при общении) обнаружил Маркарян С.С.

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

2.3 Методика обучения плаванию слабослышащих детей младшего школьного возраста.

Одним из наиболее действенных методов коррекции физического развития слабослышащих детей является плавание. Обучение плаванию слабослышащих детей способствует улучшению качества здоровья, коррекции психического развития, совершенствованию личностных качеств ребенка и освоению одного из основных жизненно важных навыков — передвижению в воде. Занятия в бассейне упорядочивают поведенческие реакции, вырабатывают самодисциплину, собранность, воспитывают трудолюбие, формируют навыки коллективного взаимодействия. Выполнение движений в воде способствует улучшению деятельности вегетативной нервной системы, стимулирует развитие дыхательных мышц и мышц пояса верхних конечностей [6].

Разработана программа обучения навыкам плавания детей с нарушениями слуха. В реализации программы решались те же группы общих задач, что и у слышащих детей. Группа специальных задач включала: оздоровительные, требующие большего внимания, чем у слышащих, в связи с ослабленностью организма; коррекционные (развитие дыхательных мышц и мышц плечевого пояса, совершенствование функций вестибулярного аппарата: точности, согласованности движений и ориентирования в пространстве); совершенствование психических функций ребенка: создание положительной мотивации к занятиям в бассейне, преодоление водобоязни, страха; особое внимание уделялось регулированию поведения учащихся в условиях бассейна.

Программа включает два этапа: предварительный и основной. В отличие от слышащих детей, у которых предварительному этапу не уделяется особого внимания, у слабослышащих этот этап продолжается два первых года обучения (1–2 класс). Введение этого этапа необходимо для подготовки опорно-двигательного аппарата (улучшение функционального состояния мышц и суставов), кардио-респираторной системы. Создавались мотивационные установки на занятия плаванием, решались задачи формирования навыков работы в группе с повышением внимания и дисциплинированности, что обеспечивало эффективность проведения уроков плавания всей группы.

На втором основном этапе (3 класс) слабослышащих детей обучали упражнениям для освоения в воде и плаванию на груди и на спине. При развитии физических качеств в первую очередь обращалось внимание на укрепление мышц пояса верхних конечностей, улучшение скоростно-силовых качеств, специальной выносливости и координации движений.

Средства обучения реализовывались в следующей последовательности: упражнения на освоение в воде и скольжение, на дыхание, овладение основами техники плавания, развитие физических качеств (с использованием игр, эстафет, игровых упражнений).

В процессе обучения слабослышащих детей плаванию применялись следующие методы и методические приемы:

– *практические*: применение широкого круга подводящих упражнений, выполнение упражнений с направляющей помощью, использование дополнительных ориентиров;

– *наглядные*: показ упражнений преподавателем или одним из занимающихся с помощью макета, используя видеозапись или живую модель. При этом учитывалось, что при показе на живой модели подключается наглядно-действенная и наглядно-образная память;

– *словесные*: сопроводительные пояснения, жесты, краткие инструкции и указания, положительные оценочные суждения, коррекция ошибок, тактильная речь, проговаривание заданий детьми.

Занятия проводились на положительном эмоциональном фоне, включали соревновательную и игровую заинтересованность детей.

Обучение начальному плаванию слабослышащих детей имеет ряд особенностей.

1. На подготовительном этапе не следует применять имитационные упражнения, так как положительного переноса навыков при обучении в воде при этом не происходит.

2. На подготовительном этапе обучения игровой метод используется только в виде сюжетных заданий, эстафет, образных сравнений, необычного использования стандартного инвентаря и т.д., а также в виде упражнений на концентрацию и переключение внимания.

3. На этом этапе не проводятся традиционная разминка на суше перед занятием в воде. Это обусловлено повышенными требованиями к дисциплине и необходимостью поддержания высокой плотности урока.

4. В связи с нарушениями ориентирования, скольжению на груди слабослышащих детей обучают со 2-го занятия. При этом осуществляется опора на сохранный проприоцептивную чувствительность. Освоение скольжения придает слабослышащему ребенку уверенность в воде, позволяя обучать основным видам передвижений.

5. Большая часть слабослышащих детей успешнее осваивает плавание на груди, так как в таком положении они легче ориентируются в пространстве.

6. На начальном этапе способу плавания кроль на груди обучают без акцента внимания на согласование выдоха в воду и движений рук (это необходимо для обеспечения зрительного контакта с преподавателем).

7. Для увеличения плотности урока после 5-го занятия класс делится на 2 подгруппы. Критерием служат результаты проплывания отрезка 5 м. Учитывается также уровень развития физических качеств и физиологической адаптации. Проведение урока в подгруппах обеспечивается двумя преподавателями.

8. После 5-го занятия проводятся открытые уроки для родителей, на которых слабослышащие дети демонстрируют свои достижения.

9. Особую роль уделяют обучению выдоха в воду для развития дыхательных мышц на первых 10-ти занятиях.

10. Упражнения на дыхание и согласование дыхания с движением рук выполняются стоя в воде у неподвижной опоры (в связи с трудностью сочетания дыхания с движениями рук и ног в движении).

11. Не используются упражнения на погружение (такие как «поплавок» и др.) на первых 5-ти занятиях, поскольку до освоения техники скольжения они создают дискомфортные состояния для зрительной, дыхательной систем; вызывают дополнительное давление на барабанные перепонки, дезориентируют и вызывают чувство страха у слабослышащего ребенка.

12. Для освоения с водой применяются игры и эстафеты, прыжки в воду в вариативных условиях, скатывание с горок разной высоты.

13. Для регулирования уровня эмоционального фона занятий, психологического состояния и поведения слабослышащих детей применяются упражнения игровой направленности.

14. Для полного осмысления заданий в занятии необходимо чередовать физическую деятельность с интеллектуальной. Разбираются основы упражнения и его элементы. Добавляется проговаривание ключевых слов после выхода на сушу.

15. В качестве подвижных плавательных средств слабослышащим детям удобнее использовать мяч, а не традиционную доску.

16. Для обеспечения психологической поддержки при обучении двигательным действиям в воде используются индивидуальный подход с положительной оценкой.

17. Выполняются задания с оценкой действий партнером, что является дополнительным психологическим стимулом в освоении двигательных действий в воде.

18. Доступность предлагаемого материала обеспечивается сочетанием применения наглядных пособий, дополнительных ориентиров, тактильной речи, выразительной артикуляции.

19. К особенностям наглядного обучения можно отнести и то, что показ упражнения осуществляется непосредственно перед их выполнением. Это является дополнительным способом организации группы, помогает сконцентрировать внимание слабослышащих детей на содержании упражнения.

ЛЕКЦИЯ 3

МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

План лекции:

1. Лица с интеллектуальной недостаточностью.
2. Особенности развития двигательной функциональной системы у детей с интеллектуальной недостаточностью. Состояние здоровья и развитие физических качеств.
3. Методика адаптивного физического воспитания у детей с отклонениями в интеллектуальном развитии.
 - 3.1. Основные и специфические задачи.
 - 3.2. Средства адаптивной физической культуры.
 - 3.3. Методы и методические приемы.
 - 3.4. Коррекционные и развивающие подвижные игры для детей с умственной отсталостью.

1. Лица с интеллектуальной недостаточностью

Проблемы интеллектуального развития в обществе встречаются гораздо чаще, чем думает большинство людей. Считается, что примерно три процента всего населения земли имеют интеллектуальную недостаточность.

Интеллектуальная недостаточность (олигофрения) — не болезнь, а состояние человека, связанное с недоразвитием его психики, которое может быть как врожденным, так и приобретенным. Умственная отсталость в отличие от задержки психического развития является необратимым состоянием, так как в этом случае стойкое нарушение познавательной деятельности обусловлено органическим поражением или недоразвитием коры головного мозга. При этом органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), не усугубляющийся характер. Интеллектуальная недостаточность (или умственная отсталость) представляет собой общее развитие интеллекта гораздо ниже среднего уровня в сочетании с дефицитом адаптационного поведения, которое проявляется в течение периода развития и созревания организма.

Измерение степени умственного развития представляет собой сложный процесс. В 1912 г. Штерн В. предложил простую формулу для определения коэффициента интеллекта (IQ) как отношения умственного возраста к хронологическому.

В большинстве тестов интеллекта испытуемому на специальном бланке предлагается установить указанные инструкцией логические отношения классификации, аналогии, обобщения и др. между терминами и понятиями, из которых составлены задачи теста. Иногда задачи строятся из рисунков, геометрических фигур и т.п. Успешность испытуемого определяется числом правильно выполненных задач, по нему выводится

коэффициент интеллектуальности. В настоящее время принято определять показатель умственного развития по кривой распределения Гаусса, на которой область умственной отсталости начинается на два стандартных отклонения ниже среднего уровня. IQ-тесты специально разработаны для получения нормального распределения результатов со средним значением IQ, равным 100. 50% людей имеют значения IQ между 90 и 110, по 25 % — ниже 90 и выше 110. Значение IQ менее 70 часто квалифицируется как умственная отсталость. Степени умственной отсталости, например, на основании результатов тестов Станфорда-Бине определяются как:

<i>Степень умственной отсталости</i>	<i>Значения «IQ»</i>
Слабая (легкая)	67–52
Средняя (умеренная)	51–36
Тяжелая	35–20
Явно выраженная (глубокая)	ниже 20

Олигофрения не поддается лечению и в ближайшие годы ее число, вероятно, не уменьшится. Однако, при условии соответствующей поддержки, люди с особенностями умственного развития, могут вести полноценную и продуктивную жизнь.

В настоящее время в Республике Беларусь в возрасте от 0 до 18 лет проживает около 2 миллионов детей. Из них более 6,5% имеют особенности психофизического развития (ПФР). Из общего количества детей с ОПФР 11,31% (14288 чел.) составляют дети с умственными ограничениями и более 2,5 тысячи — имеющих комбинированные (комплексные) нарушения умственного и физического развития (по состоянию на 15.09.05).

При олигофрении у ребенка имеет место раннее недоразвитие коры головного мозга, обусловленное либо наследственными факторами, либо отрицательным влиянием окружающей среды. Это недоразвитие происходит в пренатальный, перинатальный и ранний постнатальный периоды. Характерным признаком олигофрении является отсутствие нарастания интеллектуального дефекта.

По глубине интеллектуального дефекта выделяют три степени умственной отсталости *дебильность, имбецильность и идиотия*. Из всех случаев умственной отсталости дебильность составляет 70–80%, имбецильность — 20–25%, идиотия — 5% .

Дебильность — наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы у таких детей не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. Для них характерны недоразвитие абстрактного мышления и аналитико-синтетической функции коры больших полушарий головного мозга, нарушения фонематического слуха и фонетико-фонематического

анализа, недостаточное развитие способностей к установлению и пониманию временных, пространственных и причинно-следственных отношений между объектами и явлениями, соматические нарушения и различной степени отклонения в развитии психомоторики, особенности эмоционально-волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения. В тоже время, по окончании специальной (коррекционной) школы, выпускники достигают достаточного уровня психического развития необходимого для дальнейшей самостоятельной жизнедеятельности. Они становятся самостоятельными гражданами, то есть несут в соответствии с общим законодательством ответственность за свои поступки, овладевают профессиями, требующими средней квалификации, имеют право быть владельцами домов и т.д.

Имбецильность — средняя степень умственной отсталости. Наличие более грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы позволяют детям с такой степенью умственной отсталости овладеть знаниями, умениями и навыками лишь в объеме специально разработанной для них программы (элементарное овладение навыками чтения, письма и счета, а также некоторыми простейшими трудовыми навыками).

Они испытывают большие трудности в приспособлении к самостоятельной практической жизни. В правовом отношении данная категория людей является недееспособной, и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц.

Идиотия — самая глубокая степень умственной отсталости, делающая практически недоступным осмысление окружающего мира. При этом, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще, а уровень состояния психомоторики вынуждает этих людей к лежачему образу жизни.

В степени идиотии дети не обучаются и находятся (с согласия родителей) в специальных детских учреждениях системы Министерства труда и социальной защиты, где им оказывается необходимая медицинская помощь, наблюдение и уход. По достижении совершеннолетия они переводятся в специальные интернаты для психохроников.

2. Особенности развития двигательной функциональной системы у детей с интеллектуальной недостаточностью

Движение рассматривается как основной признак жизни, как стержень всей жизнедеятельности и поведения человека, в то же время — как формирующее начало в его развитии. Оптимальный уровень двигательной активности в жизнедеятельности человека является необходимым условием полноценного функционирования организма и развития его двигательных возможностей. Действительно, организм человека принципиально рассчитан на постоянное движение.

В то же время, в силу причин, объективно исходящих из особенностей поведения и инертности взаимодействия с окружающей средой, создается иллюзия неостребованности двигательной активности организмом детей с ограниченными познавательными и моторными возможностями.

Дети часто длительно пребывают в полуактивном состоянии, особенно если нарушение умственного развития сопряжено с выраженными или тяжелыми двигательными расстройствами организма. Их двигательная активность ограничивается естественными двигательными актами, проявляемыми в быту, самообслуживающем труде, произвольными движениями (спонтанная двигательная активность), вызываемыми рефlekсами нервно-мышечного аппарата или заболеваниями ЦНС. Бывает и наоборот, когда безудержная активность «двигательно-расторможенного» ребенка становится для родителей неразрешимой задачей в поисках ее снижения [1].

В процессе выполнения человеком любой двигательной деятельности, в том числе тренировочной и соревновательной, мы имеем дело не с отдельными мышцами, внутренними органами или биохимическими реакциями, а с целостным живым организмом, который в аспекте двигательных проявлений представляет собой двигательную функциональную систему (ДФС) [5]. В отношении двигательной функциональной системы детей с ограниченными возможностями ЦНС функциональность психических регуляторов произвольной двигательной деятельности становится еще более заметной и значимой в структуре и механизмах, обеспечивающих результативность двигательной функциональной системы.

Главные свойства организма как двигательной системы — универсальность, высокая пластичность и приспособляемость: всякое изменение специфики двигательной деятельности немедленно вызывает адекватную ее реорганизацию («переналадку»), выражающуюся в выборочной активизации морфоструктур, способных содействовать реализации конкретной двигательной деятельности и торможению других морфоструктур, в чьей активности в данном случае нет необходимости.

Поэтому образ жизни ребенка, сопровождающийся пассивностью или спонтанной (бессистемной) гиперактивностью двигательной функции является, своего рода, самопричиной низкого уровня организации двигательной функциональной системы. Именно неполноценное включение организованного двигательного компонента (в частности форм и средств физического воспитания) в режим жизни детей с интеллектуальной недостаточностью, превращает их в большинстве случаев в детей с ограниченными возможностями не только психической, но и двигательной (моторной) сферы. В свою очередь это сопровождается, наблюдаемым у них низкими показателями физического развития, двигательной подготовленности и состояния здоровья, в целом.

У детей с выраженными формами нарушений психической и моторной сфер организма имеется целый ряд изменений нейродинамики: снижение силы основных нервных процессов, нарушение их подвижности, патологическая иррадиация возбудительного и тормозного процессов, нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем. Эти нарушения влекут за собой трудности в образовании новых сложных условно-рефлекторных связей, инертность, вялость, рассеянность, легкую отвлекаемость и утомляемость, низкий уровень работоспособности организма и др.

Определенная часть детей, относящаяся к подготовительной или специальной медицинской группе, имеет ниже среднего уровень физического развития и двигательных способностей. У них диагностируется умеренная или тяжелая умственная отсталость. Они ограничены в управлении произвольными двигательными актами, сложно воспринимают объяснения заданий, не полноценно осознают сущность двигательной задачи и составляющие успеха ее решения, плохо понимают правила простейших игр и др. У детей часто отмечается непропорциональность форм тела, замедленное овладение двигательными умениями и навыками.

Другие (специальная медицинская группа) имеют тяжелую умственную отсталость и обладают еще более низким уровнем физического развития: ниже среднего или очень низким. Такие дети овладевают лишь элементарными умениями и навыками, тяжело переносят даже умеренные физические нагрузки, быстроутомляемы. Наряду с нарушениями психомоторики у них, как правило, присутствуют различные соматические заболевания (в том числе ожирение, эписиндром, энурез, головные боли и др.).

Наконец есть специальная медицинская группа детей, которые имеют тяжелые нарушения как познавательной деятельности, так и двигательной функции. В этих случаях в двигательной функциональной системе организма значительно затруднено развитие статических и локомоторных функций, ограничивающих возможности овладения ходьбой, манипулятивной деятельностью и самообслуживанием; у некоторых может наблюдаться полное (центральный паралич) или почти полное отсутствие произвольных движений. Состояние двигательной функциональной системы такого организма и ее способность к активному или пассивному выполнению упражнений, переносимости минимальных физических нагрузок характеризуются сугубо индивидуально в зависимости от сложности симптомокомплекса двигательных и других осложняющих расстройств.

Нередко среди особенностей психомоторного развития у детей могут встречаться и другие варианты: например, тяжелые нарушения двигательной функции в комплексе с легкой умственной отсталостью.

География нарушений моторики организма очень широка: от просто отставания двигательного возраста ребенка (более низкие, не соответствующие возрасту показатели развития двигательных

способностей) до тяжелых форм — одностороннего или общего паралича конечностей.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Патологии отмечаются в виде:

- нарушений мышечного тонуса (спастичность, ригидность, гипотония, дистония);
- ограничений или невозможности произвольных движений (парезы, параличи);
- нарушений тонических и статокинетических рефлексов;
- произвольных насильственных движений (гиперкинез, тремор);
- нарушений равновесия и координации движений (атаксия);
- нарушений мышечно-суставных ощущений (кинестезии);
- деформаций, асимметрий и искривлений различных отделов скелета с ограничением или отсутствием движений в суставах и др.

Одной из распространенных причин возникновения у детей двигательных расстройств являются церебральные (мозговые) параличи, как правило, возникающие на ранних этапах внутриутробного и внутриутробного развития (отсюда, название заболевания — ДЦП (детский церебральный паралич) и полиомиелит (вирусное поражение ЦНС, чаще в возрасте до 5 лет). Для полиомиелита характерна разнообразная локализация параличей, что зависит от мозаичного поражения двигательных клеток. Так как двигательные клетки в спинном мозгу расположены близко друг от друга, обычно поражается не одна, а несколько мышц, что следует учитывать при подборе физических упражнений и составлении их комплексов. [2]

Поражение мышц нижних конечностей встречается намного чаще, чем верхних. Во всех случаях «параличи» не есть полное отсутствие движений, но особенности их проявления могут практически полностью ограничить возможность самостоятельной жизнедеятельности ребенка и даже взрослого.

Двигательные нарушения, в основе которых лежат церебральные параличи, могут иметь следующие формы проявления:

- Спастические формы. Спастические параличи характеризуют повышенный мышечный тонус (постоянное напряжение, неспособность расслабить) отдельных мышц и целых мышечных групп, например нижних конечностей — спастическая диплегия известная как болезнь Литтля. Спастические параличи ведут к раннему образованию контрактур (ограничение движений в суставах), недостаточной активности разгибателей и отводящих групп мышц, тоническим рефлексам опорно-двигательного аппарата в целом (ползание, ходьба и др.) или в отдельных его звеньях (хватательные и метательные движения рук, координированные двигательные действия ногами и др.).

– Гиперкинетическая (атетозная форма). Постоянное, за исключением сна, возникновение произвольных насильственных движений в различных (или какой-нибудь одной) частях тела. Движения стереотипные, часто вращательные или спиралевидные, совершаемые при высоком мышечном тоне. Контрактуры образуются реже, часто выражены шейнотонические рефлексy. Атетоз сопровождается гримасами лица и напряжением мускулатуры речевого аппарата, затрудняющими речь и создающими часто неверное представление об интеллектуальных способностях такого человека. Развитие интеллекта при атетозе идет удовлетворительно, а его снижение встречается реже, чем при других формах параличей.

– Атонические формы. Парализованные мышцы имеют низкий мышечный тонус, поэтому и совершаемые ребенком движения вялые, замедленные и ослабленные. При резко выраженной атонии мускулатуры нижних конечностей ограничивается возможность самостоятельно стоять и ходить.

– Атаксическая форма (от греч. ataxia — беспорядок). Атаксические параличи обусловлены поражением лобных долей головного мозга, мозжечка и др. и характеризуются, в первую очередь нарушением координации движений и равновесия. При этом двигательные расстройства могут проявляться в виде статической атаксии (нарушение равновесия при стоянии) и динамической атаксии (расстройство координации движений, в целом).

– Ригидные формы (от лат. — rigidus — твердый). Ригидные параличи редки. Физиологически они характеризуются общим функциональным состоянием скелетной мускулатуры, находящейся длительное время в чрезмерном напряжении (сокращенном, твердом состоянии). Двигательная активность ребенка (взрослого) в таком состоянии практически ограничивается.

– Смешанные формы. Смешанные поражения двигательной функции могут проявляться различными сочетаниями вышеназванных форм: спастически-атетозные, атетозно-атаксические нарушения и другие.

Во всех формах могут встречаться параличи как отдельных двигательных звеньев, так и нескольких в различных сочетаниях. Моноплегия характеризуется поражением одной конечности. Паралич двух одноименных конечностей (рук или ног) называют диплегией. Чаще распространена диплегия ног. Гемиплегия — паралич правой или левой половины тела (от греч. «геми» — половина, «плегия» — удар). Если поражены все конечности (верхние и нижние) такой паралич называется тетраплегией (или двойная гемиплегия).

Состояние здоровья и физическое развитие

Организация процесса физического воспитания умственно отсталых детей осуществляется с учетом состояния их здоровья, одним

из показателей которого является наличие тех или иных сопутствующих дефектов развития и соматических заболеваний.

По данным Астафьева Н.В. и Михалева В.И. у умственно отсталых школьников 8–17 лет нарушения речи составляют 5,4%, а у школьниц — 3,1%; нарушения слуха, соответственно, у 1,4% и 0,7%; нарушения зрения — у 12,1 % и 14,8%; нарушения опорно-двигательного аппарата — у 16,5% и 19,9% учащихся.

Среди умственно отсталых школьников широкую распространенность имеют соматические заболевания. При этом отмечается особенность, что у девушек соматические заболевания встречаются чаще, чем у юношей. У девушек наиболее распространенными являются заболевания ЛОР-органов — до 26,7%, заболевания сердечно-сосудистой системы составляют 14,1 %, мочеполовой сферы — 14,8%; желудочно-кишечного тракта — 11,7%, эндокринной системы — 8,6%.

По данным Марцинкявичуса И. 21% учащихся вспомогательной школы имеют нарушения осанки. У 40% учащихся наблюдаются мелкие дисплазии (Майорова Р.А., Соколаева Р.В.).

Дети, страдающие церебральными параличами, часто не умеют плавно и глубоко дышать. Дыхание у них поверхностное, не ритмичное, прерывистое, с задержкой выдоха, жизненная емкость легких ограничена. Дети не могут согласовывать фазы вдоха и выдоха, особенно при выполнении двигательных действий. Все это оказывает отрицательное влияние на развитие произвольных движений, нормализацию работоспособности и обмена веществ в организме; ведет к частым воспалительным и застойным явлениям в легких, особенно при простудных заболеваниях.

Отклонения в физическом развитии умственно отсталых детей выражаются в отставании роста, массы тела, ОГК и ЖЕЛ, в значительной ослабленности мышц, ожирении. У многих детей с отклонением в умственном развитии наблюдается слабость миокарда, сердечная аритмия, понижение артериального давления, поверхностное и неритмичное дыхание. Уровни развития этих показателей могут не соответствовать возрастным нормам (например, показатели ЖЕЛ 8-летних соответствуют данным, получаемым при обследовании здоровых детей 6-летнего возраста и т.д.).

Многие имеют нарушения формы грудной клетки, позвоночника, конечностей, деформацию стоп, черепа, лицевого скелета, неправильную осанку. У детей, имеющих олигофрению в степени *имбецильности*, нарушение осанки и сутулость являются характерными явлениями.

У умственно отсталого ребенка имеется целый ряд изменений нейродинамики: снижение силы основных нервных процессов, нарушение их подвижности, патологическая иррадиация возбуждательного и тормозного процессов, нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем.

Эти нарушения влекут за собой трудности в образовании новых сложных условно-рефлекторных связей. Поэтому необходимо большое количество повторений учебных заданий, что предъявляет требования к работоспособности. Но имеющие место у этих детей инертность, вялость, рассеянность, легкая отвлекаемость и утомляемость свидетельствуют об их низком уровне работоспособности.

Физическая подготовленность

Исследования оценки развития двигательных качеств у детей-олигофренов указывают на значительное отставание их от сверстников из общеобразовательных школ (см. табл. 1). Причем эта разница порой оценивается в 6–7 лет отставания.

Таблица 1. — Относительные показатели разницы в уровнях развития двигательных способностей учащихся вспомогательных и общеобразовательных школ (по данным Самыличева А.С., 1985; Черник Е.С., 1992; Раку С.Б., 1997, Басова Е.В., Новицкий П.И., 1999) [5]

Двигательные способности	Величина отставания учащихся ВШ (в %)
Скоростно-силовые способности ног	8–43
Гибкость	9–14
Выносливость к работе умеренной интенсивности	37–44
Скоростная выносливость	28–41
Координация движений	26–56
Статическое равновесие	130

При рассмотрении индивидуальных показателей двигательных способностей учащихся вспомогательных школ обращают на себя внимание значительные амплитуды колебаний результатов (большие коэффициенты вариации). Наиболее переменны показатели точности движений в пространстве и во времени, дифференцировки мышечных усилий, равновесия и координации движений (коэффициент вариации $V > 50\%$), затем следуют показатели выносливости ($V > 40\%$), силы ($V > 20–30\%$). Более устойчивы показатели, характеризующие скоростно-силовые ($V > 20\%$) и скоростные ($V < 10\%$) способности.

Пестрота индивидуальных различий в двигательных способностях связана с полиморфностью состава детей, обусловленной этиологией и качественной структурой психомоторных нарушений.

Уровень развития моторики олигофренов в степени *дебильности* обусловлен выраженностью степени. Моторика детей с легкой степенью дебильности визуально воспринимается как в норме: без грубых нарушений осанки, ходьбы, бега, прыжков. При выполнении двигательного действия

они обдумывают задание, могут правильно повторить инструкцию, самостоятельно исправить ошибки.

В тоже время среднестатистические показатели развития их физических качеств достоверно уступают аналогичным показателям сверстников без отклонений в развитии. У них часто отсутствует стремление довести до конца начатое действие и представление об окончательном результате поставленной двигательной задачи. В процессе выполнения обучения двигательным действиям и воспитании физических качеств им необходима помощь.

У детей, имеющих олигофрению в степени *имбецильности*, характерным является нарушение осанки, сутулость. Недостаточная координация движений затрудняет пространственную ориентацию и выполнение упражнений, требующих проявления ловкости и равновесия; для многих прыжок в длину с места оказывается крайне сложным упражнением. Дети боятся даже небольшой высоты. При ходьбе и беге они излишне напряжены, чрезмерно размахивают руками, плохо согласующиеся с движениями ног. Дети-имбецилы сложно воспринимают объяснения заданий, плохо понимают правила простейших игр.

По уровню развития двигательных качеств имбецилы уступают детям, имеющим более легкую степень интеллектуальной недостаточности, и нормально развивающимся сверстникам. Недостаточность наблюдается в развитии статической и динамической координации, силы и быстроты движений, статической выносливости. [5]

У олигофренов в степени *идиотии* поражения двигательной сферы могут быть многообразны: гипотония, гиперкинезы, судорожные припадки, различные стереотипии в виде раскачивания тела и потряхиваний руками, нарушения равновесия, эмбриональные позы, полная неподвижность. По утверждению специалистов образование двигательных навыков и измерение количественных характеристик двигательных качеств (сила, быстрота, выносливость и т.д.) у этих людей невозможны, а коррекционно-компенсаторная работа с ними бесполезна.

Общая тенденция возрастной динамики физической подготовленности учащихся вспомогательных школ, в целом, аналогична той, которая наблюдается в массовых школах. В период младшего и среднего школьного возраста уровень двигательных способностей возрастает. В старших классах — у юношей, наблюдается тенденция к волнообразной стабилизации, а у девушек — снижению уровня двигательных способностей.

Показатели быстроты и скоростно-силовых качеств у мальчиков с умеренной и выраженной степенью дебильности могут иметь поступательную динамику роста результатов в течение всего периода обучения. У их сверстниц интенсивное улучшение этих показателей наблюдается в начальной школе, а начиная с 6–7 классов их уровень стабилизируются, незначительно изменяясь в сторону повышения или снижения [3].

Созревание двигательного анализатора у умственно отсталых школьников заканчивается предположительно к 15–16 годам, тогда как у нормально развивающихся это происходит в 13–14-летнем возрасте [2].

В возрастном аспекте формирования ДФС развитие различных двигательных способностей происходит неравномерно: на определенных возрастных этапах темпы роста показателей того или иного физического качества заметно ускоряются, в другие периоды годовые приросты имеют меньшую динамику.

Мышечная сила у детей с особенностями в развитии с возрастом увеличивается, но, вместе с тем, среднестатистически не достигает уровня нормально развивающихся сверстников. При этом в пубертатном периоде отмечаются наиболее низкие ее показатели. Это же относится и к выносливости верхних и нижних конечностей, мышц туловища при выполнении статических напряжений, координационным способностям и мелкой моторике рук.

Наибольшее увеличение суммарного показателя быстроты и скоростно-силовых способностей (по тестам: бег 30 м, прыжок в длину с места, метание мяча) у учащихся обоего пола (олигофрения в степени дебильности) происходит в период обучения в начальной школе (до 200%). В средних классах наблюдается заметное снижение темпов их развития (на 60–100%); а за период обучения в старшей школе показатели прироста данных физических качеств имеют самые низкие значения (до 33%). При этом во все возрастные периоды обучения в школе темпы прироста скоростно-силовых показателей преобладают над темпами прироста быстроты [3].

Скоростные способности детей значительно проигрывают из-за низкой подвижности нервных процессов, нескоординированности и скованности движений, замедленного времени двигательной реакции, в связи с чем частота и темп движений снижаются, усилия распределяются нерационально.

Наиболее трудно умственно отсталым детям удается оценивать свои движения в пространстве и во времени. Их действия отличаются неуклюжестью и неловкостью, у многих они происходят замедленно. Малейшее ускорение затрудняет дифференцирование мышечных ощущений и нарушает возможность пространственного управления движениями.

Координационные способности, особенно функция равновесия, считаются одними из самых слабых сторон двигательной подготовленности детей вспомогательной школы. На низком уровне находятся, также показатели выносливости и подвижности (гибкости) различных звеньев двигательного аппарата.

Наряду с представленным выше материалом о низком уровне физического развития и функциональных возможностей детей с ограниченными интеллектуальными способностями в литературе имеют место и выводы противоположного характера. Так, в некоторых

исследованиях отмечается отсутствие достоверных различий в показателях роста, веса, ОГК учащихся вспомогательных и общеобразовательных школ, за исключением некоторого снижения у первых экскурсии грудной клетки и ЖЕЛ.

Обобщая вышеизложенное, по характеру состояния ДФС детей с интеллектуальной недостаточностью можно представить следующими 5-ю типологическими группами:

– дети **первой группы** (основная медицинская группа) имеют физическое развитие и двигательные способности выше среднестатистических показателей, регистрируемых у детей с интеллектуальной недостаточностью, и находятся на уровне средних показателей нормально развивающихся сверстников. У них нет соматических отклонений, они быстрее других овладевают умениями и навыками, могут выполнять достаточно сложные упражнения с высокими физическими нагрузками, легко их переносить и быстро после них восстанавливаться;

– дети **второй группы** (основная медицинская группа, но могут быть отнесены к подготовительной медицинской группе) имеют, как правило, средние уровни физического развития и физической подготовленности. Они медленнее, чем дети первой группы, овладевают двигательными умениями и навыками. У них могут выявляться сопутствующие основному дефекту соматические заболевания, нарушения осанки, стопы. Эти дети могут выполнять достаточно сложные упражнения с высокими физическими нагрузками, но по сравнению с первой группой несколько хуже их переносят и медленнее восстанавливаются;

– дети **третьей группы** (подготовительная или специальная медицинская группа) имеют средний, чаще ниже среднего уровень физического развития и двигательных способностей. Зачастую у них отмечается непропорциональность форм тела, они медленнее овладевают двигательными умениями и навыками, чем дети, отнесенные ко второй группе. Практически все страдают соматическими заболеваниями. Им необходимо планировать нагрузку, с которой они могут легко справиться и после которой быстро восстанавливаются;

– дети **четвертой группы** (специальная медицинская группа) чаще всего обладают уровнем физического развития ниже среднего или очень низким, могут овладеть лишь элементарными умениями и навыками, переносить минимальные физические нагрузки, быстроутомляемы. Наличие основного дефекта сопутствуют выраженные нарушения психомоторики, как правило в комплексе с различными соматическими заболеваниями; отмечается энурез, ожирение, эписиндром, головные боли, головокружение и пр.;

– дети **пятой группы** (специальная медицинская группа) имеют очень низкий уровень физического развития и двигательных возможностей; у них

тяжелые формы нарушения психомоторного развития, значительно затруднено развитие статических и локомоторных функций, ограничивающее возможности овладения ходьбой, манипулятивной деятельностью и самообслуживанием; может наблюдаться полное (центральный паралич) или почти полное отсутствие произвольных движений. Способность к активному или пассивному выполнению упражнений и переносимость минимальных физических нагрузок характеризуются сугубо индивидуально в зависимости от сложности симптомокомплекса двигательных и других осложняющих расстройств.

3. Методика адаптивного физического воспитания у детей с отклонениями в интеллектуальном развитии

3.1. Основные и специфические задачи

Основные задачи совпадают с задачами физической культуры здоровых школьников, что отражено в государственных образовательных программах для массовых общеобразовательных и коррекционных школ. К ним относятся воспитательные, образовательные, оздоровительные и задачи физического развития:

- укрепление здоровья, закаливание организма;
- обучение основам техники движений, формирование жизненно необходимых умений и навыков;
- развитие физических способностей;
- формирование необходимых знаний, гигиенических навыков;
- воспитание потребности и умения самостоятельно заниматься физическими упражнениями, сознательно применять их в целях отдыха, тренировки, повышения работоспособности;
- воспитание нравственных и волевых качеств, приучение к дисциплине, организованности, ответственности за свои поступки, активности и самостоятельности.

К специальным задачам относятся:

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

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

2. Коррекция и развитие координационных способностей:

- ориентировки в пространстве;
- дифференцировки усилий, времени и пространства;
- расслабления;

- быстроты реагирования на изменяющиеся условия;
- статического и динамического равновесия;
- ритмичности движений;
- точности мелких движений кисти и пальцев.

3. Коррекция и развитие физической подготовленности:

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

4. Коррекция и профилактика соматических нарушений:

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

5. Коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей:

- развитие зрительно-предметного, зрительно-пространственного и слухового восприятия;
- дифференцировка зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению;
- развитие зрительной и слуховой памяти;
- развитие зрительного и слухового внимания;
- дифференцировка зрительных, слуховых, тактильных ощущений;
- развитие воображения;
- коррекция и развитие эмоционально-волевой сферы.

6. Развитие познавательной деятельности:

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

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

7. Воспитание личности умственно отсталого ребенка.

3.2. Средства адаптивной физической культуры

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

Программный материал по физической культуре включает следующие разделы: ритмика и ритмическая гимнастика, гимнастика,

легкая атлетика, лыжная подготовка, спортивные и подвижные игры, плавание. Каждый из этих разделов включает многочисленные физические упражнения, позволяющие воздействовать на различные звенья опорно-двигательного аппарата, мышечные группы, вегетативные системы, корректировать недостатки физического развития, психики и поведения.

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

5. Упражнения лечебного и профилактического воздействия: восстановление опороспособности, подвижности в суставах, профилактика нарушений зрения.

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

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

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

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

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

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

К естественно-средовым факторам относится использование воды, воздушных и солнечных ванн в целях укрепления здоровья, профилактики простудных заболеваний, закаливания организма. Для детей с умственной отсталостью — это купание, плавание, ходьба босиком по массажной дорожке, траве, песку, прогулки на лыжах, на лодке, подвижные и спортивные игры на открытых площадках.

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 умственно отсталых детей важны не только знания о влиянии естественных сил природы и гигиенических факторов, но и приучение их ко всем видам закалывания, режиму двигательной активности и личной гигиене, превращая их в привычку. Даже детям, имеющим грубые нарушения моторики в виде параличей и парезов, а также часто болеющих пневмонией, ангиной, бронхитом, необходимо закалывание, сначала местное — обтирание рук, ног, а затем общее — обливание теплой водой с постепенным снижением температуры. Педагогам, воспитателям, медицинским работникам, проводящим закалывание, следует внимательно наблюдать за реакцией детей на эти процедуры — поведением, сном, аппетитом.

3.3. Методы и методические приемы

Метод отражает способ взаимодействия педагога и ученика, где полем деятельности являются знания, развитие двигательных, психофизических, личностных способностей ученика, его эмоции, воля, поведение, при этом сам он выступает одновременно объектом и субъектом педагогической деятельности [7].

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

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

В основе их лежат закономерности обучения, возрастного развития, дидактические и специально-методические принципы, коррекционная направленность педагогического процесса.

Методы формирования знаний

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 умственной отсталостью, 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 умственной отсталостью нередко с трудом осваивают представления о схеме собственного тела и, следовательно, об основных направлениях движения и пространственной ориентации.

Формирование этих представлений должно осуществляться в следующих направлениях.

1) Закрепление знаний о строении тела и его частях:

- голова — лицо, затылок, лоб, подбородок, глея;
- туловище — спина, грудь, живот, бок;
- руки — плечо, локоть, кисть, пальцы;
- ноги — бедро, колено, стопа, пятка, носок, пальцы.

2) Знания о пространственной ориентации в спортивном зале, на стадионе, дома: вход, стены, потолок, углы, дорожка, середина, центр, стартовая линия и др.

3) Названия спортивного инвентаря и оборудования: мячи, кегли, обручи, канат, гимнастическая скамейка, скакалка, гимнастическая стенка, перекладина, маты и др.

4) Знания об исходных положениях: стоя (основная стойка, ноги на ширине плеч), лежа (на спине, на животе, на боку), сидя (на полу, на скамейке), положениях рук, туловища и ног относительно собственного тела.

5) Знания понятий, обозначающих элементарные виды движений и умение выполнять их по словесной инструкции: поднять(ся) — опуститься(ся); согнуть(ся) — разогнуть(ся); наклонить(ся) — выпрямить(ся); повернуть(ся), сесть (сидеть), встать (стоять), идти, бежать, перелезть, ползать, бросать (бросить, подбросить, перебросить, катить), поднять, ловить, поймать.

б) Знание пространственных ориентиров:

- направленна-движений тела и его частей: вперед-назад, вправо-влево, вниз-вверх;
- построения: в колонну, шеренгу, в круг, в пары;
- представления о движениях, означающих месторасположение (с предлогами *перед, за, через, с, на, между, около, под*): встать *перед* гимнастической скамейкой, построиться *за* гимнастической скамейкой, перепрыгнуть *через* гимнастическую скамейку, встать *на* гимнастическую скамейку, спрыгнуть с гимнастической скамейки, проползти *под* гимнастической скамейкой.

7) Знание подвижных игр: названия, правил, понимания сюжета и ролевых функций, последовательности действий, считалок, речитативов, если они есть в игре.

8) Знания о гигиенических требованиях к спортивной форме, одежде, обуви для занятий в зале, на открытых площадках, в бассейне, лыжных прогулках.

В работе с умственно отсталыми детьми для формирования знаний используются методы слова, наглядной информации и методы практических упражнений.

Метод слова включает:

- объяснение, описание, указание, суждение, уточнение, замечание, устное оценивание, обсуждение, совет, просьбу, беседу, диалог и т.п.
- сопряженную речь — проговаривание хором;
- невербальную информацию в виде мимики, пластики, жестов, условных знаков;
- зрительно-наглядную информацию — иллюстрации схемы тела человека, гигиенические плакаты, видеофильмы и т.п.

Практика показывает, что использование словесных методов в процессе физического воспитания умственно отсталых школьников оставляет слабые следы. Необходимо их сочетание с практической деятельностью. Формирование знаний и обучение движениям происходит быстрее, если информация поступает одновременно с рецепторов зрительного, слухового, двигательного анализаторов. Двигательный образ становится ярче и быстрее запоминается (Самышичев А.С., Гуро-Фролов Р.Н., 1991; Стребелева ЕА, 1991). Поэтому методы и приемы должны активизировать все функции, участвующие в двигательной деятельности:

- одновременное сочетание показа физических упражнений, словесного объяснения и выполнения;
- рисование фигуры или использование плакатов человека для понимания структуры тела, функций суставов и основных мышечных групп;
- рассказ-описание двигательного действия по картинке с последующей демонстрацией и выполнением его;
- письменное описание одного упражнения с последующим разбором и выполнением (домашнее задание);
- по мере освоения выполнение упражнения только по словесной инструкции, только по показу.

Определенные требования предъявляются к непосредственному показу упражнений, он должен быть четким, грамотным и методически правильно организованным:

- упражнения, выполняемые во фронтальной плоскости, необходимо показывать, встав лицом к учащимся;
- упражнения, выполняемые в сагиттальной плоскости, необходимо демонстрировать, стоя боком;
- упражнения, выполняемые и во фронтальной, и в сагиттальной плоскости, целесообразно показывать дважды, стоя лицом, боком или полубоком;

– зеркальный показ необходим в тех случаях, когда упражнение содержит асимметричные движения;

– упражнения, выполняемые сидя или лежа, лучше показывать на возвышении, максимально концентрируя на себе внимание.

Таким образом, методы слова и наглядности, сопровождающие движение, позволяют умственно отсталым детям оперировать образным материалом воспринимаемых объектов, воссоздавать достаточные знания. Формирование наглядно-действенного и наглядно-образного мышления у данной категории детей составляет основу обучения двигательным действиям.

Методы обучения двигательным действиям

Практические методы обучения двигательным действиям включают:

1. Последовательное **освоение** частей упражнения, что обусловлено, во-первых, неспособностью осваивать целостные сложно-координационные двигательные действия в силу влияния основного дефекта, во-вторых, многие сложные по структуре физические упражнения исходно предполагают изучение отдельных фаз движения с последующим их объединением, например плавание.

2. Обучение целостному упражнению, если оно не сложно по своей структуре или не делится на части.

3. Создание облегченных условий выполнения упражнения (облегченные снаряды для метания, бег за лидером, под уклон).

4. Использование подводящих и имитационных упражнений. Первые в своей структуре содержат элементы основного упражнения, вторые — полностью воспроизводят всю структуру движения, но в других или облегченных условиях. Эти специальные упражнения используются обычно для совершенствования ключевых фаз движения, закрепления и коррекции динамических и кинематических характеристик, развития физических качеств. В адаптивном физическом воспитании дошкольников и младших школьников имитационные упражнения часто используются как подражания движениям и звукам животных, насекомых, паровоза и т. п., при этом развиваются не только двигательные возможности, но и воображение, представление, фантазия.

5. Усложнение условий выполнения упражнения (повышенная опора, дополнительный груз, бег по песку, воде, в гору).

6. Варьирование техники физических упражнений: исходного положения, темпа, ритма, скорости, усилий, направления, траектории, амплитуды и т.п.

7. Изменение внешних условий выполнения упражнений (в помещении, на открытых площадках, при разных погодных условиях).

8. Использование помощи, страховки, сопровождения для безопасности, преодоления неуверенности, страха.

9. Создание положительного эмоционального фона (музыкальное сопровождение), способствующего активизации всех органов чувств и эмоций на изучаемом двигательном действии.

Методы развития физических способностей

Школьники с умственной отсталостью в большинстве своем имеют низкий соматический статус, слабое физическое развитие. Испытывая дефицит двигательной активности, они имеют по сравнению со здоровыми сверстниками сниженные показатели мышечной силы, быстроты, выносливости, гибкости и особенно координационных способностей. [4]

Развитие мышечной силы используется в целях:

- обучения двигательным действиям;
- коррекции и компенсации двигательных нарушений;
- поддержания работоспособности и развития физических кондиций;
- достижения результатов в выбранном виде спорта;
- активного отдыха, нормализации веса и коррекции телосложения.

Средствами развития мышечной силы являются:

- упражнения основной гимнастики: лазание, ползание, подтягивание, сгибание-разгибание рук в упоре, поднимание ног из положения лежа и упора сидя сзади, перемещения по гимнастической скамейке лежа с помощью рук;

- корригирующие силовые упражнения для профилактики нарушений осанки, предупреждение сколиотической установки позвоночника и коррекции имеющихся нарушений;

- легкоатлетические упражнения: прыжки и прыжковые упражнения, спрыгивание в глубину с высоты 30—40 см с последующим отталкиванием вверх;

- упражнения с преодолением внешней среды — бег по песку, передвижение на лыжах по глубокому снегу, в гору;

- упражнения с гантелями, набивными мячами, резиновым амортизатором, на тренажерах, с партнером;

- подвижные игры и эстафеты с переноской груза, прыжками;

- плавание одними ногами, одними руками, с гидротормозом.

Методы развития силы носят избирательный и в основном щадящий характер и зависят от возраста, пола, состояния сохранных функций и физических возможностей учащихся.

При тяжелых формах умственной отсталости, осложнениях соматического характера, нарушениях зрения, симптоматике церебрального типа, сколиозах упражнения с поднятием тяжестей, соскоками, прыжками противопоказаны.

Развитие скоростных способностей. Для умственно отсталых детей скоростные способности необходимы в бытовой, учебной, спортивной, трудовой деятельности. Ребенок должен быстро реагировать на внешние

сигналы, предвидеть и упреждать опасность (например, транспортную), быстро перестраивать свою деятельность в соответствии с меняющимися условиями. Скоростные качества и реагирующая способность зависят от состояния центральной и периферической нервной системы, от психических функций (ощущений, восприятия, внимания), от уровня координационных способностей (равновесия, ориентировки в пространстве и др.), от особенностей характера и поведения. У детей с умственной отсталостью как минимум один или несколько из перечисленных факторов имеют дефектную основу и поэтому тормозят развитие скоростных способностей [7].

Быстрота простой двигательной реакции развивается в упражнениях с реагированием на внезапно возникающий сигнал: во время ходьбы, бега, по хлопку — остановка, поворот кругом или упор присев и т.н.

Быстрота сложной двигательной реакции развивается преимущественно в подвижных и спортивных играх. Например, в «Круговой лапте» ребенок должен сконцентрировать внимание, мысленно проанализировать ситуацию, быстро отреагировать: поймать мяч или увернуться от него. Так как от его самостоятельного решения зависит результат игры, он вынужден отслеживать скорость, траекторию, направление полета мяча.

Быстрота одиночных движений и темп движений развиваются следующими методическими приемами:

- создание облегченных условий выполнения упражнений;
- выполнение простых движений с максимальной частотой (бег на месте, движение только рук);
- повторение циклических упражнений в течение 5–6 с. с максимальной частотой;
- эстафеты, игры и задания, включающие элементы соревнований.

Скоростные качества у детей с нарушением интеллекта развиваются очень медленно, темп развития носит индивидуальный характер, а сенситивный период — 10–12 лет.

Развитие выносливости. Лимитирующим фактором развития выносливости у данной категории детей является не только сниженный потенциал сердечно-сосудистой и дыхательной систем, но, главное, — сниженная способность к волевым усилиям [3].

Средствами развития выносливости являются упражнения ритмической и основной гимнастики, легкой атлетики, лыжной подготовки, плавания, спортивных и подвижных игр на уроках физкультуры, рекреационных и спортивных занятиях.

Для поддержания аэробной выносливости рекомендуется нагрузка с частотой сердечных сокращений 120–140 уд./мин, для повышения аэробной выносливости — 140–165 уд./мин. *Для детей с тяжелой и даже умеренной умственной отсталостью последняя недоступна.*

Развитие гибкости. Дети с легкой умственной отсталостью уступают здоровым учащимся в развитии гибкости на 10—20% (Дмитриев А.А., 2002), с более тяжелыми формами — еще больше. Причинами являются нарушения нервной регуляции тонуса мышц, межмышечной координации, функциональное состояние суставов: суставной поверхности, суставных капсул, внесуставных связок, врожденная или приобретенная тугоподвижность.

Педагогическими задачами развития гибкости являются:

- развитие гибкости в той мере, в какой это необходимо для выполнения движений с полной амплитудой, без ущерба для нормального функционирования опорно-двигательного аппарата;
- минимизация регресса подвижности в суставах.

Наиболее продуктивным для развития пассивной гибкости является возраст 9–10 лет, активной — 10–14 лет. К 20 годам амплитуда движений заметно падает. Следовательно, младший и средний школьный возраст — самый плодотворный для развития гибкости.

Используются следующие виды упражнений:

- динамические активные упражнения: маховые, пружинистые, прыжковые, с резиновыми амортизаторами;
- динамические пассивные упражнения с дополнительной опорой, с помощью партнера, с отягощением, на тренажерах;
- статические упражнения, включающие удержание растянутых мышц самостоятельно и с помощью партнера.

Особое значение для умственно отсталых детей имеет подвижность рук, мелких суставов кистей и пальцев. Рекомендуемые упражнения предваряются массажем или самомассажем:

- для пальцев рук: массаж, разгибание пальцев надавливанием другой руки — сначала легкими, затем сильными пружинистыми движениями и статическим удержанием в разогнутом положении;
- для запястья: массаж, сгибание, разгибание, вращение, статическое удержание в разогнутом положении за счет надавливания другой рукой или упором в неподвижный предмет (пол, стену);
- для плечевых суставов: вращения, маховые упражнения в разных направлениях и плоскостях, висы на кольцах, наклоны вперед хватом за рейку гимнастической стенки, самостоятельно или с партнером, пружинные отведения рук, выкруты гимнастической палки.

Методы развития координационных способностей

Координационные способности представляют совокупность множества двигательных координации, обеспечивающих продуктивную деятельность, т. е. умение целесообразно строить движение, управлять им и в случае необходимости быстро его перестраивать.

Для коррекции и развития используются следующие методические приемы:

- элементы новизны в изучаемом физическом упражнении (изменение исходного положения, направления, темпа, усилий, скорости, амплитуды, привычных условий и др.);
- симметричные и асимметричные движения;
- релаксационные упражнения, смена напряжения и расслабления мышц;
- упражнения на реагирующую способность (сигналы разной модальности на слуховой и зрительный аппарат);
- упражнения на раздражение вестибулярного аппарата (повороты, наклоны, вращения, внезапные остановки, упражнения на ограниченной, повышенной, подвижной, наклонной опоре);
- упражнения на точность различения мышечных усилий, временных отрезков и расстояния (использование предметных ориентиров, указывающих направление, амплитуду, траекторию, время движения, длину и количество шагов);
- упражнения на дифференцировку зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению;
- воспроизведение заданного ритма движений (под музыку, голос, хлопки, звуковые, световые сигналы);
- пространственная ориентация на основе кинестетических, тактильных, зрительных, слуховых ощущений;
- упражнения на мелкую моторику кисти (жонглирование предметами, пальчиковая гимнастика, неспецифические упражнения: конструирование, работа с глиной, песком, оригами, макроне и др.);
- парные и групповые упражнения, требующие согласованности совместных действий.

3.4. Коррекционно-развивающие подвижные игры для детей с умственной отсталостью

Подвижная игра имеет столь широкий диапазон воздействия на организм и личность, что создает неограниченные возможности влияния на все сферы жизнедеятельности детей и подростков с умственной отсталостью. Глубочайший смысл детских игр заключается в том, что они, функционально нагружая весь организм, все его ткани, органы и системы, структурно их создают, формируют и совершенствуют (Лебедев В.М.).

Целенаправленная эмоциональная игровая нагрузка оказывает стимулирующее воздействие на организм умственно отсталого ребенка и больше, чем другие средства, соответствует удовлетворению естественной потребности в движении. Подвижная игра не только противодействует гипокинезии, но и способствует восстановлению

утраченного здоровья, укреплению всех функций организма, развитию физических способностей.

В подвижных играх используются знакомые и доступные виды естественных движений: ходьба, бег, лазанье, перелезание, прыжки, упражнения с мячом, в них несложной техники и тактики, а правила всегда можно изменить соответственно физическим и интеллектуальным возможностям ребенка. Желание играть — главный стимул, побуждающий ребенка к игровой деятельности. Замечено, что во время игры дети охотно и с интересом выполняют то, что вне игры кажется неинтересным и трудным, поэтому в игре легче преодолеваются психические и эмоциональные проблемы [2].

Особая ценность подвижных игр для детей с умственной отсталостью заключается в возможности одновременного воздействия на моторную и психическую сферу. Быстрая смена игровых ситуаций предъявляет повышенные требования к подвижности нервных процессов, скорости реакции и нестандартности действий. Игры вынуждают мыслить наиболее экономно, реагировать на действия партнеров, приспосабливаться к обстановке. Играющему ребенку приходится выбирать и совершать из множества операций одну, которая, по его мнению, может принести успех. Чем разнообразнее информация поступает в мозг, тем интенсивнее включаются психические процессы. Именно поэтому с помощью игры у ребенка с умственной отсталостью развивают восприятие, мышление, внимание, воображение, память, моторику, речь, повышая умственную активность, а следовательно, познавательную деятельность в целом.

Эффект этот достигается за счет полифункциональности подвижных игр, когда коррекция двигательных нарушений (пространственной ориентировки, точности, ритма, согласованности движений, равновесия и др.) инициирует активную деятельность мозга, сохранных анализаторов, психических функций, вегетативных систем, обеспечивающих движение. Особенно ярко эта взаимосвязь проявляется в реализации межпредметных связей, когда целенаправленные двигательные действия, организованные в форме игровых композиций, эстафет, ролевых и имитационных игр, выполняемых под стихи, загадки, потешки, скороговорки, с решением простейших математических задач, облегчают усвоение счета, понятий о количестве, форме, величине, направлении, амплитуде; активизируют речевую деятельность, правильное звукопроизношение; обогащают словарный запас, развивают память, внимание, моторику мелких мышц рук.

Известно, что умственно отсталые дети отстают в развитии духовных интересов, потребностей. Поэтому сама игровая деятельность, вызывающая у детей интерес и содержащая в себе необходимые компоненты развития личности, является средством духовного развития. В игре складываются отношения между детьми, вырабатываются привычки, правила поведения. Дети больше узнают друг друга, взаимодействуют между собой, познают

нехитрые игровые ситуации, проявляют самостоятельность, подражают, радуются, фантазируют, т.е. в игре идет активное формирование личности, имеющее большое социальное значение. По мнению Кулешовой Г.В. (1992), нравственные привычки, сформированные в игре, закладывают характер, который в зрелом возрасте позволяет не только понять окружающий мир, но и найти в нем свое место. При подборе подвижных игр важно учитывать эмоциональное состояние, характер, поведение детей. Состояние умственно отсталого ребенка нестабильно. Эмоциональное напряжение, усталость могут вызвать внутренний дискомфорт, который чаще выражается в нарушении поведения, капризах, ссорах, драках. Иногда они могут вызвать обратные реакции: пассивность, нежелание вступать в контакт. Преодолевать эмоциональное напряжение можно с помощью подвижных игр.

Таким образом, при подготовке к проведению подвижных игр педагог должен учитывать следующие моменты:

- содержание игр (сюжет, правила, двигательные действия, физическая нагрузка) должно быть доступным и соответствовать возрасту, уровню интеллектуальных и двигательных возможностей, эмоциональному состоянию и личностным интересам детей;

- подвижные игры предполагают варианты усложнения, но процесс насыщения моторными действиями должен осуществляться постепенно по мере овладения простыми формами движений;

- содержание игр должно предусматривать комплексный характер воздействия — коррекцию двигательных нарушений, физических качеств, координационных способностей, укрепление и оздоровление всего организма в целом;

- в процессе игры необходимо стимулировать познавательную деятельность, активизировать психические процессы, творчество и фантазию ребенка.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 1–2 БАЗОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЧАСТНЫХ МЕТОДИК АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Цель: изучить базовые концепции частных методик АФК.

Вопросы для аудиторного контроля:

1. Двигательная сфера детей с нарушениями в развитии.
2. Основные педагогические принципы.
3. Принцип адекватности педагогических воздействий.
4. Принцип оптимальности педагогических воздействий.
5. Принцип вариативности педагогических воздействий.
6. Принцип приоритетной роли микросоциума.
7. Изучить базовые концепции частных методик адаптивной физической культуры.

Заполнить таблицу

Принцип	Методика
1. Принцип адекватности педагогических воздействий	
2. Принцип оптимальности педагогических воздействий	
3. Принцип вариативности педагогических воздействий	

Темы рефератов:

1. Двигательная сфера детей с нарушениями в развитии.
2. Основные педагогические принципы работы с детьми, имеющими нарушения в развитии.
3. Формы организации адаптивной физической культуры с детьми.

Литература:

1. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева, Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютич, И.И. Овечкина. — Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.
2. Синютич, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 3–5

МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Цель: изучить методики АФК детей с нарушением зрения.

Вопросы для аудиторного контроля:

1. Характеристика детей с нарушением зрения.
2. Характеристика зрительных функций.
3. Зрительные дисфункции у детей школьного возраста.
4. Методика адаптивного физического воспитания детей с нарушением зрения.
5. Задачи и средства адаптивного физического воспитания.
6. Коррекционная направленность адаптивного физического воспитания.
7. Изучить методики адаптивной физической культуры детей с нарушением зрения.
8. Составить план урока адаптивной физической культуры при нарушении зрения у ребенка.

Темы рефератов:

1. Характеристика детей с нарушением зрения.
2. Характеристика зрительной функции.
3. Зрительные дисфункции у детей школьного возраста.
4. Особенности психического развития детей с нарушением зрения.
5. Коррекция и профилактика нарушения зрения.

Литература:

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А. В. Передерий. — Москва : Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.
4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.
5. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева,

Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютин, И.И. Овечкина. - Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.

6. Синютин, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютин. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 6–7 МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Цель: изучить методики АФК детей с нарушением слуха.

Вопросы для аудиторного контроля

1. Анатомо-физиологическая характеристика нарушений слуха.
2. Причины стойких нарушений слуха.
3. Характеристика детей с нарушением слуха.
4. Особенности психофизического развития и двигательных способностей глухих детей дошкольного возраста.
5. Особенности психофизического развития и двигательных способностей глухих детей школьного возраста.

Темы рефератов:

1. Причины стойких нарушений слуха.
2. Патология слуха.
3. Взаимосвязь слухового и вестибулярного анализаторов.
4. Характеристика детей с нарушением слуха.
5. Методика активизации познавательной деятельности глухих детей.

Литература:

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А.В. Передерий. — Москва : Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.
4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.
5. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева,

Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютич, И.И. Овечкина. — Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.

6. Синютич, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 8–9 **МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ** **ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

Цель: изучить методику адаптивной физической культуры детей с умственной отсталостью.

Вопросы для аудиторного контроля

1. Лица с интеллектуальной недостаточностью.
2. Особенности развития двигательной функциональной системы у детей с интеллектуальной недостаточностью. Состояние здоровья и развитие физических качеств.
3. Методика адаптивного физического воспитания у детей с отклонениями в интеллектуальном развитии.
4. Основные и специфические задачи.
5. Средства адаптивной физической культуры.
6. Методы и методические приемы.
7. Коррекционные и развивающие подвижные игры для детей с умственной отсталостью.

Темы рефератов:

1. Понятие, причины и формы умственной отсталости.
2. Особенности психического развития детей.
3. Особенности физического развития и двигательных способностей детей.
4. Особенности методики адаптивной физической культуры с детьми, имеющими отклонения в интеллектуальном развитии.
5. Основные и специфические задачи.

Литература:

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А. В. Передерий. — Москва : Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.
4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.

5. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева, Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютин, И.И. Овечкина. — Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 10–12 **МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ** **ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ**

Цель: изучить методику АФК при ДЦП.

Вопросы для аудиторного контроля

1. Изучить методику адаптивной физической культуры детей с умственной отсталостью.
2. Составить план урока адаптивной физической культуры для детей с нарушением слуха.
3. Понятие о детском церебральном параличе (ДЦП): эпидемиология, классификации, этиология.
4. Двигательная реабилитация детей с ДЦП.
5. Нетрадиционные формы занятий.
6. Изучить методику адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе.
7. Составить комплекс адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе

Темы рефератов:

1. Сопутствующие заболевания и вторичные нарушения.
2. Речевые и психические отклонения.
3. Двигательные нарушения.
4. Двигательная реабилитация детей с ДЦП.
5. Оценка эффективности занятий адаптивной физической культурой при ДЦП.

Литература:

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А. В. Передерий. — Москва : Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.
4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.
5. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева, Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютич, И.И. Овечкина. — Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.
6. Синютич, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 13 РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

Цель: изучить методику реабилитации детей с поражением спинного мозга.

Вопросы для аудиторного контроля

1. Двигательная сфера детей с нарушениями в развитии.
2. Тяжесть и структура основного дефекта и его влияние на уровень построения движений.
3. Раннее начало двигательной активности.
4. Особенности психического развития.

Темы рефератов:

1. Сочетанная травма позвоночника и спинного мозга.
2. Травматическая болезнь спинного мозга.
3. Методы двигательной реабилитации.
4. Развитие методов двигательной реабилитации.
5. Традиционные методы.

Литература:

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А. В. Передерий. — Москва : Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.
4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.
5. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева, Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютич, И.И. Овечкина. — Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.
6. Синютич, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 14 МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Цель: изучить методику АФК детей различного возраста.

Вопросы для аудиторного контроля

1. Методические особенности применения физических упражнений в раннем (до 2-х лет) и младшем дошкольном возрасте (от 2-х до 4-х лет).
2. В старшем дошкольном возрасте (4–7 лет).
3. В младшем и среднем школьном возрасте (7–12 лет).

Темы рефератов:

1. Сочетанная травма позвоночника и спинного мозга.
2. Травматическая болезнь спинного мозга.
3. Методы двигательной реабилитации.
4. Развитие методов двигательной реабилитации.
5. Традиционные методы.

Литература:

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А. В. Передерий. — Москва : Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.
4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.
5. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева, Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютич, И.И. Овечкина. — Витебск : Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003. — 122 с.
6. Синютич, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

1. Чему способствует активизация работы с инвалидами?

- a) социальному значению для детей
- b) гуманизации общества
- c) специальное олимпийское движение
- d) все ответы верны

2. Цель физкультурно-оздоровительной работы:

- a) сохранение и укрепление физического и психического здоровья детей
- b) совершенствование их физического развития
- c) все ответы верны
- d) приобщение к здоровому образу жизни

3. Активизация, поддержание и восстановление физических сил, профилактика утомления, интересное проведение досуга с инвалидами — это основные задачи:

- a) адаптивной физической реабилитации
- b) адаптивного физического воспитания
- c) адаптивной двигательной рекреации
- d) все ответы верны
- e)

4. К группам инвалидов в зависимости от характера нарушения функции не относится:

- a) различными физическими недостатками
- b) с патологией дыхательных путей
- c) с нарушением интеллекта
- d) трансплантаты

5. Адаптивная физическая культура — это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на _____ к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями

- a) периодизацию и антигиляцию
- b) реабилитацию и адаптацию
- c) комплектование и формирование
- d) все ответы верны

6. На чем первоначально основывалась классификационная система?

- a) на основе разработки мышц
- b) на основе укрепления спинного мозга
- c) на основе развития умственных способностей
- d) все ответы верны

7. К видам реабилитации инвалидов не относятся:

- a) социальная
- b) медицинская
- c) психологическая
- d) педагогическая
- e) все ответы верны

8. Что из этого относится к адаптивной физической культуре?

- a) спорт у здоровых людей
- b) адаптивный спорт
- c) олимпийское движение
- d) все ответы верны

9. Что такое адаптивная физическая реакция?

- a) система полного выздоровления
- b) система восстановления и последующего улучшения психологического состояния
- c) все ответы верны
- d) система повышения умственных способностей

10. Задачи урока по адаптивной физической культуре:

- a) все ответы верны
- b) оздоровительная, игровая, коррекционная
- c) оздоровительная, образовательная, воспитательная
- d) оздоровительная, образовательная, воспитательная, коррекционная

11. Для кого создана адаптивная двигательная реабилитация?

- a) для здоровых людей
- b) для животных
- c) для людей-инвалидов
- d) все ответы верны

12. Что такое адаптивная двигательная реабилитация?

- a) система повышения психофизического благополучия
- b) система повышения умственных способностей
- c) индивидуальная коррекционная работа
- d) все ответы верны

13. В методике физического воспитания выделяется индивидуально-дифференцированный подход к детям, который предусматривает объединение их в сходные по ряду признаков:

- a) все ответы верны
- b) уровню двигательной активности (гиперактивные, малоподвижные, дети с нормой)
- c) подгруппы: по состоянию здоровья (первая, вторая, третья группы здоровья)
- d) индивидуальной коррекционной работе

14. Активизация, поддержание и восстановление физических сил, профилактика утомления, интересное проведение досуга с инвалидами — это основные задачи:

- a) адаптивной двигательной рекреации
- b) адаптивного физического воспитания
- c) адаптивной физической реабилитации
- d) все ответы верны

15. Укажите, что не является основным направлением адаптивного спорта:

- a) паралимпийское
- b) всемирные игры глухих
- c) специальное олимпийское движение
- d) специальное европейское движение

16. К основным признакам физического развития относятся все перечисленные, кроме

- a) длины тела
- b) массы тела
- c) обхвата грудной клетки
- d) состава крови

17. Детский церебральный паралич — это:

- a) нарушение произвольных движений при заболевании центральной нервной системы
- b) соматическое заболевание
- c) результат патологической активности коры головного мозга
- d) нарушение артикуляционной моторики

18. Что является основной формой организации двигательной деятельности детей в детских оздоровительных учреждениях?

- a) закаливание
- b) физкультурное занятие
- c) утренняя гимнастика
- d) прогулка

19. Какая форма работы наиболее эффективна для развития общей моторики и снятия напряжения между занятиями у детей с особенностями психофизического развития?

- a) подвижные игры с правилами
- b) индивидуальная коррекционная работа
- c) физкультминутки (динамические паузы)
- d) закаливающие процедуры

20. Что включает в себя традиционное физкультурное занятие?

- a) построение, разминка, игра
- b) подготовительная, основная, заключительная части
- c) бег, прыжки, метание
- d) разминка, силовые упражнения, дыхательная гимнастика

21. Какой показатель НЕ относится к основным антропометрическим данным физического развития?

- a) вес (масса тела)
- b) рост (длина тела)
- c) окружность грудной клетки
- d) уровень интеллектуального развития

22. При работе с детьми с особенностями психофизического развития, прежде всего, необходимо:

- a) использовать строгие нормативы
- b) соблюдать принцип индивидуального подхода
- c) заниматься только индивидуально
- d) исключить игровые элементы

23. Основная цель утренней гимнастики в детских оздоровительных учреждениях:

- a) максимальная физическая нагрузка
- b) закаливание организма
- c) активизация организма и создание бодрого настроения
- d) изучение новых движений

24. Упражнения, направленные на формирование правильной осанки, относятся к:

- a) общеразвивающим упражнениям
- b) играм высокой подвижности
- c) дыхательной гимнастике
- d) строевым упражнениям

25. Основной метод обучения двигательным действиям детей с ОПФР:

- a) словесный метод
- b) метод наглядного показа
- c) практический метод (показ + помощь)
- d) метод соревнования

26. Из перечня выбрать характеристику, относящуюся к двигательному умению:

- a) повышенная концентрация внимания
- b) высокая надёжность движения
- c) стабильность выполнения движения
- d) экономичность выполнения движения

27. Определить какому этапу обучения движению соответствует задача: *Вырабатывать у детей умение выполнять движение в различных условиях.*

- a) этапу первоначального разучивания
- b) этапу углублённого разучивания
- c) этапу закрепления и совершенствования двигательного действия
- d) все ответы верны

28. Выбрать задачу, соответствующую этапу углубленного разучивания движения:

- a) создать правильное представление о каждом элементе техники движения
- b) создать целостное представление о движении
- c) сформировать умение выполнять движение в общих чертах
- d) нет верного ответа

29. Определить какая группа методов обучения помогает детям закрепить мышечные ощущения движения:

- a) словесные
- b) наглядные
- c) практические
- d) все ответы верны

30. Определить прием обучения: *Создание зрительного представления о физических упражнениях — это...*

- a) описание
- b) указания
- c) зрительные ориентиры
- d) показ упражнения

31. Определить какой группе задач относится следующая: *Обеспечение нормального функционирования всех органов и систем организма ребенка — это*

- a) оздоровительные задачи
- b) образовательные задачи
- c) воспитательные задачи
- d) все ответы верны

32. Выбрать правильный ответ. Положительное влияние физических упражнений на организм ребенка усиливают...

- a) психогигиенические факторы
- b) природные факторы
- c) воспитательные факторы
- d) все ответы верны

33. К упражнениям на координацию относятся

- a) метание в цель
- b) упражнения в балансировании
- c) гимнастические упражнения
- d) элементы игры в баскетбол и волейбол
- e) все перечисленное

34. Выбрать длительность этапа углубленного разучивания физического упражнения:

- a) 1–3 занятия
- b) 3–6 занятий
- c) 10 и более занятий
- d) нет верного ответа

35. Выбрать задачу, соответствующую этапу закрепления и совершенствования двигательного действия:

- a) создать правильное представление о каждом элементе техники движения;
- b) создать целостное представление о движении;
- c) сформировать умение выполнять движение в общих чертах;
- d) стимулировать детей к самостоятельному выполнению движения

36. Определить какому этапу обучения движению соответствует задача: *Исправление имеющихся ошибок в выполнении двигательного действия.*

- a) этапу первоначального разучивания
- b) этапу углублённого разучивания;

- c) этапу закрепления и совершенствования двигательного действия
- d) все ответы верны

37. Примерная система физкультурно-оздоровительной работы в первой младшей группе представляет собой:

- a) высокая культура гигиенического обслуживания детей
- b) закаливание
- c) индивидуализация и дифференциация режимных процессов, и их воспитательная направленность с учетом здоровья и развития детей, условий и традиций семейного воспитания
- d) обеспечение психологического комфорта на протяжении всего времени пребывания в детском саду
- e) оптимальный двигательный режим
- f) создание экологически благоприятных условий в помещении для игр и занятий детей

38. Создание экологически благоприятных условий в помещении для игр и занятий детей:

- a) организация сквозного проветривания
- b) поддержание температуры воздуха в группе в пределах 20–22°C
- c) соблюдение правил санитарии и гигиены
- d) специальный подбор комнатных растений, поглощающих вредные химические вещества, выделяющих фитонциды и увлажняющих воздух
- e) все ответы верны

39. Наибольшую сложность при отграничении задержки психического развития от умственной отсталости представляют

- a) задержки психического развития церебрального происхождения
- b) задержки психического развития конституционального происхождения
- c) задержки психического развития соматогенного происхождения
- d) задержки психического развития психогенного происхождения

40. Выбрать правильный ответ. Что является основным средством физического воспитания?

- a) физические упражнения
- b) психогигиенические факторы
- c) природные факторы
- d) все ответы верны

41. Определить психофизическое качество: *Способность человека совершать действия в минимальный для данных условий отрезок времени*

- a) ловкость
- b) сила
- c) быстрота
- d) выносливость

42. Определить какая группа методов обучения помогает ставить перед ребенком двигательную задачу:

- a) словесные
- b) наглядные
- c) практические
- d) все ответы верны

43. Определить психофизическое качество: *Способность человека совершать действия в минимальный для данных условий отрезок времени*

- a) ловкость
- b) сила
- c) быстрота
- d) выносливость

44. Наклон, стоя на гимнастической скамейке используют для оценки уровня развития у детей...

- a) выносливости
- b) быстроты
- c) гибкости
- d) силы

45. Положения об инклюзивном образовании включены в Конвенцию ООН «О правах инвалидов» в:

- a) 2003 году
- b) 2004 году
- c) 2005 году
- d) 2006 году

46. Для развития ловкости необходимы следующие упражнения по координации и условиям проведения:

- a) быстрая смена различных положений
- b) выполнение взаимосогласованных действий несколькими участниками
- c) использование в упражнениях предметов различной формы, веса, фактуры
- d) все ответы верны

- 47. Что является основным средством физического воспитания?**
- a) физические упражнения
 - b) психогигиенические факторы
 - c) природные факторы
 - d) все ответы верны
- 48. Лично-ориентированный подход в обучении — это:**
- a) организация образовательного процесса с приоритетом устранения факторов, тормозящих развитие человека, применением инновационных технологий, развивающих творческие способности обучающегося
 - b) организация образовательного процесса, в котором приоритет отдается созданию условий для развития ресурсов человека, творческих возможностей с применением инновационных технологий
 - c) организация образовательного процесса, в котором приоритет отдается потребностям и интересам человека, созданию условий для развития его ресурсов, творческих возможностей, устранению факторов, тормозящих развитие человека
 - d) все ответы верны
- 49. Что позволяет сохранить физиологические резервы:**
- a) творческий потенциал
 - b) физические упражнения
 - c) запасы организма
 - d) окружающие силы природы
- 50. К специальным упражнениям для повышения вестибулярной устойчивости у больных с поражением центральной нервной системы относятся все перечисленные, исключая**
- a) упражнения на координацию движений
 - b) упражнения на равновесие
 - c) дыхательные упражнения
 - d) корригирующие упражнения

ОТВЕТЫ

1	b	11	c	21	b	31	a	41	c
2	c	12	a	22	b	32	d	42	d
3	c	13	a	23	c	33	e	43	c
4	d	14	a	24	a	34	b	44	d
5	b	15	d	25	c	35	d	45	a
6	a	16	d	26	a	36	b	46	a
7	e	17	a	27	c	37	c	47	a
8	d	18	b	28	a	38	e	48	c
9	b	19	c	29	c	39	a	49	b
10	d	20	b	30	d	40	a	50	d

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНЫХ ИЗДАНИЙ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ УЧЕБНОГО ПРЕДМЕТА

Основная литература

1. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / Ю.А. Брискин, С.П. Евсеев, А.В. Передерий. — Москва: Советский спорт, 2010.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. — Москва: Советский спорт, 2000. — 240 с.
3. Новицкий, П.И. Специал Олимпикс: Специальная Олимпиада: курс лекций / [авт.-сост.: П. И. Новицкий] ; М-во образования РБ, УО «Витебский гос. ун-т им. П. М. Машерова»; Витебский молодежный клуб адаптивной физ. культуры. - Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2006. — 136 с.
4. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, А.С. Кузнецов. — 12-е изд. — Москва: Академия, 2014. — 480 с.

Дополнительная литература

5. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. — Москва: СпортАкадемПресс, 2002. — 156 с.
6. Новицкий, П.И. Методика занятий по специальным олимпийским программам [Электронный ресурс] : учеб.-метод. материалы для студентов спец. 1-03 02 01 «Физическая культура» со специализациями: 1-03 02 01 02 «Тренерская работа по виду спорта (с указанием вида спорта)»; 1-03 02 01 03 «Организация физкультурно-оздоровительной работы и туризма»; 1-03 02 01 04 «Физическая реабилитация»; 1-03 02 01 07 «Менеджмент спорта и туризма» / , П. И. Новицкий ; [авт.-сост. П. И. Новицкий] ; М-во образования РБ, УО «ВГУ им. П. М. Машерова», Каф. теории и методики физической культуры и спорта. — Электрон. текстовые дан. (1 файл: 151 Кб). — Витебск, 2012.
7. Новицкий, П.И. Учебно-методический комплекс для студентов факультета физической культуры и спорта (ОЗО): Теория и методика ФВ. Спортивная метрология. История ФК и С. Введение в специальность. Основы менеджмента и маркетинга. Охрана труда. Организационно-методические основы физического воспитания школьников по месту жительства. Управление и правовые основы ФК и С. Цивилизация и олимпизм. Специальные Олимпиады / УО «Витебский гос. ун-т имени

П.М. Машерова»; Авт.-сост.: П.И. Новицкий, В.П. Каширин, В.П. Кривцун, Л.Н. Кривцун-Левшина, Е.М. Нахаева, Ю.Ю. Хлопкова, А.А. Синютич, И.И. Овечкина. — Витебск: Изд-во УО «ВГУ имени П.М. Машерова», 2003. — 122 с.

8. Синютич, А.А. Физкультурно-оздоровительная работа с детьми с особенностями психофизического развития: курс лекций / сост. А.А. Синютич. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. — 105 с.

Учебное издание

**ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ
С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ: 6-05-0115-01 ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, 1-03 02 01 ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА**

Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине

Составитель

СИНЮТИЧ Александр Алексеевич

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Е.А. Барышева

Подписано в печать 04.05.2026. Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 5,12. Уч.-изд. л. 4,67. Тираж 35 экз. Заказ 44.

Издатель и полиграфическое исполнение — учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.