*М.В. Михайлова, преподаватель Частных методик АФК*

*ГБОУ СПО Педагогический колледж №18 «Митино» г. Москва.*

**Психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста разных нозологических групп.**

Анализ литературных источников показал, что детей инвалидов разных нозологических групп в нашей стране становится с каждым годом все больше [3, с. 46]. К основным категориям нарушенного и отклоняющегося развития относятся: нарушение интеллекта (умственно отсталые дети), задержка психического развития, нарушения зрения, слуха, нарушения опорно-двигательного аппарата, нарушения речи, эмоциональные расстройства (ранний детский аутизм и др.), тяжелые множественные нарушения.

Обучение, воспитание таких детей представляет труднейшую проблему. И уже она реализовывается в специальных (коррекционных) школах, опираясь на программы, имеющиеся и разрабатываемые методические и нормативные материалы. Основным направлением современного специального образования детей с нарушениями развития является создание комплексной системы педагогической помощи. Один из компонентов коррекционно-развивающей помощи таким детям – адаптивная физическая культура. Педагогический и социальный смысл адаптивного физического воспитания – физкультурное воспитание и самовоспитание личности ребенка, телесное, психическое и нравственное здоровье, повышение двигательной активности и работоспособности, общефизических и координационных способностей, развитие творческих способностей, привлечение к систематическим занятиям спортом, игра, двигательной рекреацией.

Чтобы построить педагогический процесс, ставить и решать задачи образовательной деятельности, необходимо прежде всего знать состояние здоровья, психические, физические и личностные особенности школьников с нарушениями в развитии, так как характеристика объекта педагогических воздействий является исходным условием любого процесса образования.

По данным многочисленных исследований (Дмитриев А.А.,2002; Лебедева А.Н., 2002; Ростомашвили Л.Н., 1997 и др.), аномальное развитие ребенка всегда сопровождается нарушением моторных функций, отставанием и дефицитом двигательной сферы. Основной дефект, как правило, сопровождается сопутствующими заболеваниями и вторичными отклонениями. По уровню физического развития и физической подготовленности они отстают на 1-3 года и больше от здоровых сверстников [5, с. 20].

 Таблица 1. Характеристика типичных нарушений у детей разных нозологических групп (Шапкова Л.В.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нарушение зрения | Нарушение слуха | Задержка психического развития | Нарушение интеллекта |
| Сниженный уровень физического развития и физической подготовленности. Нарушение ориентировки в пространстве, равновесия, координации и точности, самоконтроля и саморегуляции движений. Нарушение осанки, плоскостопие, слабость общей и дыхательной мускулатуры. Соматические заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы. Низкая работоспособность, быстрая утомляемость. | Нарушение функций вестибулярного аппарата, задержка моторного и психического развития, нарушение речи, памяти, внимания, мышления, общения.Нарушения равновесия, ритмичности, точности движений, реагирующей способности, пространственно-временной ориентации. Дисгармоничность физического развития, нарушение осанки. Заболевания дыхательной системы, вегетативно-соматические расстройства. | Отставания в развитие памяти, внимания, речи, эмоционально волевой сферы. Гиперактивность, двигательная расторможенность, быстрая утомляемость. Неврологическая симптоматика, соматическая ослабленность, простудные заболевания. Замедленный темп физического и моторного развития, сниженная обучаемость. Запаздывание формирования основных движений. Нарушение осанки, несформированность мелкой моторики, координации движений, ориентировки в пространстве, равновесия, расслабления. | Нарушение познавательной деятельности. Снижение силы и подвижности нервных процессов. Нарушение высших психических функций; аналитико-синтетической деятельности ЦНС. Дисплазия, нарушения окостенения, осанки, деформация стопы, позвоночника, дисгармоничность физического развития, нарушение координации движений. Врожденные пороки сердца, заболевания внутренних органов, эндокринные нарушения, сенсорные отклонения.  |

Проанализировав таблицу 1 и литературные источники можно сделать определенные выводы.

1.Частичная потеря зрения у детей существенно изменяет их жизнедеятельность. 40% детей имеют минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения мозга), 70% страдают неврозами, у 30% соматические заболевания (Семенов Л.А., Солнцева Л.И., 1991; Никольская Т.Н., 1997). Типичными вторичными нарушениями являются искривление позвоночника у 80%, деформации стопы, слабость общей и дыхательной мускулатуры (Ростомашвили Л.Н.,1999). У детей с нарушением зрения отмечается снижение двигательной активности, нарушение пространственной и временной ориентации, нарушение координации и точности движений, равновесия, на 15% снижена подвижность в суставах, а так же низкий уровень скоростных способностей, ловкости (Семенов Л.А., 1983; Мухина А.В., 2000).

2.Потеря слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи. Ограниченный поток внешней информации из-за поражения слуха искажает восприятия ее смысла, осложняет условия психомоторного развития, затрудняет общение, вызывает негативные эмоции, нежелание вступать в контакт (Астапов В.М.,1994, Пархалина Е.В.,1995 и др.). Потеря слуха у детей часто сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что приводит к снижению двигательной активности. Наблюдается нарушение статического и динамического равновесия, точность движений, способность усваивать заданный ритм движений, пространственной ориентировки.

Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% слабослышащих и глухих школьников. Наиболее распространенными являются заболевания дыхательной системы, а также задержка психического развития, отклонения в развитии интеллекта, вегетативно-соматические расстройства. Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 80% - задержкой моторного развития (Старковская В.Л., 1994; Лебедева Н.Т.,1997).

3. Для детей с задержкой психического развития характерно низкий уровень познавательной деятельности, импульсивность поведения, недостаточная сформированность функций произвольного внимания, нарушения речевой деятельности, психического и моторного развития, памяти (Шевченко С.Г., 1998; Белопольская Н.Л., 1999 и др.). Они обидчивы, упрямы, плаксивы, склоны к страхам. Двигательные нарушения проявляются в координационной несогласованности движений рук, ног, туловища, неуверенности при выполнения дозированных движений, скорости и точности их воспроизведения, замедленность движений (Мастюкова Е.М., 1997).

4. Из-за необратимого поражения центральной нервной системы у детей с умственной отсталостью физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе. Плохо развиты костная, эндокринная, костная, сенсорные системы, высшие психические функции: память, мышление, речь (Лапшин В.А., 1990; Блюмина М.Г., 1994 и д.р.). У учащихся наблюдается отставания в двигательной сфере и физической подготовленности. Самые выраженные нарушения отмечаются в координации движений: излишняя напряженность, скованность и неточность движений, нарушения в пространственной ориентировке, равновесии, ограниченная амплитуда движений и др. (Мозговой В.М., 1993; Веневский С.И., 2000 и др.).

 Чтобы определить физическое развитие и двигательные способности детей разных нозологических групп, были предложены общепринятые тестовые упражнения.

1.Для определения скоростных способностей нами использован тест бег на 30 м со старта.

2.Поднимание туловища из положения лежа за 30 с позволило определить скоростно-силовые способности мышц брюшного пресса.

1. Прыжок в длину с места.

4.Метание малого теннисного мяча в цель для определения координационных способностей (5 бросков).

Тестирование детей проводилось в специальных (коррекционных) школах II, IV, VII, VIII вида на протяжении 4 лет (с 2008 по 2011 год). Причем динамика физического развития и двигательных способностей детей каждой нозологической группы рассматривалась на одном классе все 4 года (с 1 по 4 класс). В тестирование принимали участия, как девочки, так и мальчики. Всего было задействовано 68 учащихся начальных классов.

 Рисунок 1.

Результаты теста бег на 30 м (сек).

Рисунок 1 иллюстрирует уровень развития скоростных качеств учащихся разных нозологических групп. Видно, что лучшие показатели в тесте бега на 30 м принадлежат учащимся специальной (коррекционной) школе II вида (слабослышащие), а самые слабые результаты показали учащиеся специальной (коррекционной) школы VIII вида (умственная отсталость).

 Рисунок 2.

Результаты теста прыжка в длину с места (м)

Лучшие результаты в тесте «прыжок в длину с места» (рисунок 2) показали слабослышащие дети, а умственно отсталые дети показали самые слабые результаты.

 Рисунок 3.

Результат тестирования подъем туловища из положения лежа в сед за 30 сек (раз).

Рисунок 3 нам демонстрирует результаты тестирования подъема туловища из положения лежа в сед за 30 сек и позволяет определить уровень развития скоростно-силовых способности мышц брюшного пресса. Лучшие результаты показали школьники с ЗПР и слабослышащие, школьники с умственной отсталостью показали самые низкие результаты.

 Рисунок 4.

Результат тестирования метание малого теннисного мяча в цель (раз).

Рисунок 4 подтверждает, что лучший результат в тесте метание малого теннисного мяча в цель у слабослышащих школьников, а самый низкий показатель в данном тесте наблюдается у детей с нарушением интеллекта.

 Анализ развития двигательных качеств позволяет сделать следующие выводы.

1. Скоростные и скоростно-силовые качества развиты лучше всего у детей слабослышащих и у детей с ЗПР, а у умственно отсталых детей эти качества развиты плохо.
2. Координационные способности лучше других развиты у детей слабослышащих и с задержкой психического развития.
3. Силовая выносливость мышц верхних конечностей хуже всех развита у детей с умственной отсталостью.

Список литературы

 1. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании: учеб. Пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 235 с.

2. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры : Учебник в 2 т. Т 1 Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры /С.П. Евсеев. – М.: Советский спорт, 2002. – 448 с.

3. Лебедева А.Н. Развитие сенсомоторики детей старшего дошкольного возраста: Коррекционно-развивающая прграмма. – М.: Школьная Пресса, 2002.

4. Маллер А.Р. Воспитание и обучение де­тей с тяжелой интеллектуальной недоста­точностью/ А. Р. Маллер, Г. В. Цикото: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведе­ний. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 208 с.

5. Ростомашвили Л.Н. Адаптивное физическое воспитание со сложными нарушениями развития : учеб. Пособие / Л.Н. Ростомашвили. – М.: Советский спорт, 2009. – 224 с.

6. Тимофеева Т.Б. Организация коррекционных занятий в специальных (коррекционных) школах-интернатах III-IV видов. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 317 с.

7. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры.- М: Советский спорт, 2007. - 608 с.

8. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Данилова Л.А., Смирнова И.А. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. – СПб, 1995

9. Филимонова С.И. Семейная физическая культура - пространство для самореализации детей-инвалидов и их родителей // Адаптивная физическая культура. - 2004. – №2. С.6-11.