

Лекция "Основные понятия, средства, методы, формы организации и виды адаптивной физической культуры"

Основные компоненты адаптивной физической культуры

Основные компоненты адаптивной физической культуры

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА это вид (область) физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, и общества. Это деятельность и ее социально и индивидуально значимые результаты по созданию всесторонней готовности человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, к жизни; оптимизации его состояния и развития в процессе комплексной реабилитации и социальной интеграции; это специфический процесс и результат человеческой деятельности, а также средства и способы совершенствования и гармонизации всех сторон и свойств индивида с отклонениями в состоянии здоровья (физических, интеллектуальных, эмоционально-волевых, эстетических, этических и др.) с помощью физических упражнений, естественно-средовых и гигиенических факторов.

ЦЕЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта.

В зависимости от потребностей лиц с ОВЗ и инвалидностью выделяют следующие компоненты адаптивной физической культуры.

Адаптивное физическое воспитание (образование) – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с ограниченными возможностями здоровья в его подготовке к жизни,

бытовой и трудовой деятельности, в формировании положительного и активного отношения к адаптивной физической культуре.

В процессе занятий адаптивным физическим воспитанием формируется комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развиваются основные физические и психические качества, повышаются функциональные возможности различных органов и систем, развиваются, сохраняются и используются в новом качестве оставшиеся в наличии телесно-двигательные характеристики. Основная цель адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии.

В процессе активного адаптивного физического воспитания, которое должно начинаться с момента рождения ребенка или с момента обнаружения той или иной патологии, первоочередное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности, если коррекция не удается, профилактической работе.

Именно здесь огромное значение приобретают так называемые межпредметные связи, когда в процессе занятий физическими упражнениями осуществляется освоение умственных, сенсорно-перцептивных, двигательных действий и понятий, происходит умственное, нравственное, эстетическое, трудовое и другие виды воспитания.

Очень важен этот компонент адаптивной физической культуры и в случае приобретенной патологии или инвалидности, когда человеку приходится заново обучаться жизненно и профессионально важным

умениям и навыкам (ходьбе на протезах, пространственной ориентации в случае потери зрения и т.д.).

АДАПТИВНЫЙ СПОРТ – компонент адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и социализации.

При многих заболеваниях и видах инвалидности адаптивный спорт является практически единственной возможностью удовлетворения одной из главнейших потребностей человека-потребности в самоактуализации, поскольку профессионально-трудовая, общественно-политическая и другие виды деятельности оказываются недоступными.

Содержание адаптивного спорта направлено прежде всего на формирование у инвалидов высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязаниях с людьми, имеющих аналогичные проблемы со здоровьем.

Основу адаптивного спорта составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней, достижение максимальных адаптационно компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне, совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохраненных функций. Подготовка к соревнованиям рассматривается как врачебно-педагогический процесс, где в оптимальном соотношении задействованы лечебные и педагогические средства, обеспечивающие реализацию физического, интеллектуального, эмоционально-психического потенциала спортсмена инвалида, удовлетворяющие эстетические, этические, духовные потребности, стремление к физическому совершенствованию.

Адаптивный спорт развивается в настоящее время преимущественно в рамках крупнейших международных паралимпийского, специального и сурдолимпийского движений.

Основная цель адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры.

Адаптивный спорт как социальное явление можно сравнить с лакмусовой бумажкой, позволяющей дать объективную оценку реализуемой в обществе аксиологической концепции отношений к инвалидам и лицам с отклонениями в состоянии здоровья: действительно ли, инвалиды воспринимаются как равные, имеющие право на самостоятельный выбор пути.

АДАПТИВНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕКРЕАЦИЯ — компонент (вид) адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении.

Содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на активизацию, поддержание или восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труд, учеба, спорт и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга и вообще на оздоровление, улучшение концентрации, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

Наибольший эффект от адаптивной двигательной рекреации, основная идея которой заключается в обеспечении психологического комфорта и заинтересованности занимающихся за счет полной свободы выбора средств, методов и форм занятий, следует ожидать в случае ее наполнения оздоровительными технологиями профилактической медицины

Основная цель адаптивной двигательной рекреации состоит в принятии личности инвалида проверенных исторической практикой мировоззренческих взглядов Эпикура, проповедовавшего

философию (принципов гедонизма, в освоении инвалидом основных приемов и способов рекреации).

Характерными чертами являются свобода выбора средств и партнеров, переключение на другие виды деятельности, широта контактов, самоуправление, игровая деятельность, удовольствие от движения.

Для инвалидов адаптивная двигательная рекреация не только биологически оправданная саморегулируемая двигательная активность, поддерживающая эмоциональное состояние, здоровье и работоспособность, но и способ преодоления замкнутого пространства, психическая защита, возможность общения, удовлетворения личных интересов, вкусов, желаний в выборе видов и форм занятий.

В случае приобретенной инвалидности или тяжелого заболевания адаптивная двигательная рекреация может и должна стать первым этапом, первым шагом в направлении снятия (преодоления) стресса и приобщении к адаптивной физической культуре (адаптивному физическому воспитанию, адаптивному спорту и др.).

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность инвалида с отклонениями в состоянии здоровья в лечении, восстановлении у него временно утраченных функций (помимо тех, которые утрачены или разрушены на длительный срок или навсегда в связи с основным заболеванием, например, являющимся причиной инвалидности).

Основная цель адаптивной физической реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалидов на то или иное заболевание, ориентации их на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении их умениям использовать соответствующие комплексы физических упражнений, приемы гидровибромассажа и самомассажа, закаливающие и термические процедуры и другие средства (Су-Джок акупунктура и т.п.).

В отдельных нозологических группах инвалидов, преимущественно с поражением опорно-двигательного аппарата, лечение движением не заканчивается в медицинском стационаре, а продолжается всю жизнь на основе самореабилитации.

КРЕАТИВНЫЕ (ХУДОЖЕСТВЕННО-МУЗЫКАЛЬНЫЕ) ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРАКТИКИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в самоактуализации, творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, музыку, образ (в том числе художественный), другие средства искусства.

Безусловно, творческий аспект присутствует во всех перечисленных компонентах (видах) адаптивной физической культуры, однако именно здесь он является главной, ведущей целью, самой сущностью данного вида АФК. Именно в креативных телесно-ориентированных практиках единение духовного и телесного начал человека в процессе занятий физическими упражнениями является обязательным, неременным атрибутом деятельности, без которого она в принципе не может существовать.

Основной целью креативных (художественно-музыкальных) телесноориентированных практик необходимо считать приобщение инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им самоактуализацию, творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психических напряжений («зажимов») и, в конечном счете, вовлечение их в занятия другими видами адаптивной физической культуры и в перспективе профессионально-трудовую деятельность.

Экстремальные виды двигательной активности — компоненты (виды) адаптивной физической культуры, удовлетворяющие потребности лиц с отклонениями в состоянии здоровья в риске, повышенном напряжении, потребности испытать себя в необычных, экстремальных условиях, объективно и (или) субъективно опасных для здоровья и даже для жизни.

Основной целью экстремальных видов двигательной активности является преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенности в своих силах, недостаточное самоуважение и т.п.); формирование потребности в значительных напряжениях как необходимых условиях саморазвития и самосовершенствования; профилактика состояний фрустрации, депрессии; создание у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущения полноценной, полнокровной жизни.

Перечисленные виды (компоненты) адаптивной физической культуры, с одной стороны, носят самостоятельный характер, так как каждый из них решает свои задачи, имеет собственную структуру, формы и особенности содержания; с другой, — они тесно взаимосвязаны. Так, в процессе адаптивного физического воспитания используются элементы лечебной физической культуры с целью коррекции и профилактики вторичных нарушений; рекреативные занятия — для развития, переключения, удовлетворения потребности в игровой деятельности; элементарные спортивные состязания. Многие спортсмены-инвалиды проходят последовательный путь от физической реабилитации в условиях стационара к рекреативно-оздоровительному спорту и спорту высших достижений.

Если для здорового человека двигательная активность является естественной потребностью, реализуемой повседневно, то для инвалида — это способ существования, объективные условия жизнеспособности. Она дает независимость и уверенность в своих силах, расширяет круг знаний и общения, меняет ценностные ориентации, обогащает духовный мир, улучшает двигательные возможности, повышает жизненный тонус, физическое и психическое здоровье, следовательно, открывает возможности позитивного изменения биологического и социального статуса.

Таким образом, адаптивная физическая культура в целом и все ее виды призваны с помощью рационально организованной двигательной активности как естественного стимула жизнедеятельности, используя сохраненные функции, остаточное здоровье, природные ресурсы и духовные силы, максимально

реализовать возможности организма и личности для полноценной жизни, самопроявления и творчества, социальной активности и интеграции в общество здоровых людей.

К средствам АФК относятся физические упражнения, естественно средовые (природные) и гигиенические факторы. Физическое упражнение является основным специфическим средством, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающегося, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные и профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи.

Усовершенствование характеристик движений, освоение двигательных умений, развитие физических качеств достигается за счет многократного повторения упражнений. При этом двигательная деятельность сопровождается целым комплексом изменений биологических структур и функций. Физические упражнения оказывают положительное влияние на организм человека с ограниченными возможностями в любом возрасте, особенно на растущий организм с нарушениями в развитии.

Они:

1. укрепляют и развивают опорно-двигательный аппарат, стимулируют рост костей, укрепляют суставы и связки, повышают силу, тонус и эластичность мышц;
2. улучшают кровь и лимфообращение, обмен веществ;
3. благоприятно влияют на центральную нервную систему (ЦНС), повышают работоспособность коры головного мозга и устойчивость к сильным раздражителям;
4. улучшают аналитико-синтетическую деятельность ЦНС и взаимодействие двух сигнальных систем;
5. улучшают функции сенсорных систем.

Физические упражнения, являясь осознанными целенаправленными действиями, связаны с целым рядом психических процессов (вниманием, памятью, речью и др.), с представлениями о движениях, с мыслительной работой, эмоциями и переживаниями и т. п., развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют

волю, характер, поведение и являются, таким образом, одним из средств духовного развития человека; т. е. влияют одновременно на организм и личность.

Чтобы целенаправленно подбирать физические упражнения соответственно индивидуальным особенностям занимающихся, условиям проведения занятий, характеру физкультурной деятельности в разных видах адаптивной физической культуры, все упражнения делятся на группы по определенным признакам. Единой классификации не существует, так как одно и то же упражнение обладает разными признаками и может войти в разные классификационные группы. Наиболее распространенными являются следующие классификации:

1. по целевой направленности: упражнения общеразвивающие, спортивные, рекреационные, лечебные, профилактические, коррекционные, профессионально-подготовительные;
2. по преимущественному воздействию на развитие тех или иных физических качеств: упражнения на развитие силовых, скоростных качеств, выносливости, гибкости и т. п.;
3. по преимущественному воздействию на определенные мышечные группы: упражнения на мышцы спины, брюшного пресса, плеча, предплечья, голени, бедра, мимические мышцы и т. п.;
4. по координационной направленности: упражнения на ориентировку в пространстве, равновесие, точность, дифференцировку усилий, расслабление, ритмичность движений и др.;
5. по биомеханической структуре движений: циклические (ходьба, бег, плавание, передвижение в коляске, на лыжах, гребля, и др.), ациклические (метание спортивных снарядов, гимнастические упражнения, упражнения на тренажерах и др.), смешанные (прыжки в длину с разбега, подвижные и спортивные игры и др.);
6. по интенсивности выполнения заданий, отражающей степень напряженности физиологических функций: упражнения низкой интенсивности (ЧСС до 100 уд./мин), умеренной (ЧСС до 120

- уд./мин), тонизирующей (до 140 уд./мин), тренирующей (до 160 уд./мин и больше);
7. по видам спорта для разных нозологических групп инвалидов: упражнения и виды спорта для инвалидов по зрению, слуху, интеллекту, с поражениями опорно-двигательного аппарата, рекомендованных на основе медицинских показаний и противопоказаний и соответствующих программ Паралимпийских игр;
 8. по лечебному воздействию: упражнения на восстановление функций паретичных мышц, спорности, подвижности в суставах, упражнения, стимулирующие установочные рефлексы, трофические процессы, функции дыхания, кровообращения и др.;
 9. по исходному положению: упражнения, выполняемые в положении лежа на животе, на спине, на боку, сидя, стоя, на коленях, присев, на четвереньках и др.;
 10. по степени самостоятельности выполнения упражнений: активное самостоятельное, с поддержкой, помощью, страховкой, тактильным сопровождением движений, с опорой на костыли, палку, с помощью протезов, тьюторов, ортезов и технических устройств, в ходунках, коляске, условиях разгрузки (на подвеске), в форме ортопедической укладки, пассивных упражнений и др.
 11. по интеграции междисциплинарных связей: художественно-музыкальные, хореографические танцевальные упражнения, упражнения формокоррекционной ритмопластики (работа с глиной), рисование, упражнения, связанные с ролевыми двигательными функциями в сказко-, драмо-, игротерапии, тематических игровых композициях и др., активизирующих мышление, речь, внимание, память, элементарные математические способности.

К естественно-средовым факторам относятся использование воды, воздушных и солнечных ванн в целях укрепления здоровья, закаливания организма. Естественные силы природы усиливают положительный эффект физических упражнений. Для инвалидов купание, плавание, ходьба босиком по траве, песку, гальке, туризм, рыбалка, прогулки на лыжах, на велосипеде, на лодке, подвижные и

спортивные игры на открытых площадках и другие виды рекреативной деятельности не только эмоциональны по содержанию, но и оказывают тренирующее и закаливающее действие, повышают сопротивляемость организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды, снижают частоту простудных заболеваний.

Для детей-инвалидов плавание с первых недель и месяцев жизни оказывает благотворное влияние на развитие организма.

Массирующее действие воды, разгрузка позвоночника, свобода движений в безопорной среде укрепляют мышцы, связки, суставы, усиливают обменные процессы, периферическое кровообращение, глубину дыхания, улучшают сон, аппетит, настроение ребенка. **К гигиеническим факторам** относятся правила и нормы общественной и личной гигиены: быта, труда, отдыха, питания, окружающей среды, одежды, обуви, спортивного инвентаря и оборудования. Для инвалидов они имеют первостепенное значение.

Так, для людей с нарушением зрения площадки для занятий на воздухе должны быть заранее подготовлены: определены ее размеры, по периметру установлены ограничительные ориентиры, исключены помехи из кустарника, ям, камней и т. п.; для слабовидящих важно иметь яркий инвентарь и оборудование красного, оранжевого, желтого и зеленого цветов, озвученную атрибутику мячи, мишени, метрономы, свистки и др.

Для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата при проведении, например, волейбола сидя во избежание микротравм тщательно готовится и полируется поверхность пола. Для лиц, передвигающихся в колясках, должен быть обеспечен свободный проезд к душевым, раздевалкам, туалетам. Особого внимания требует техническое оснащение, пригодность спортивного инвентаря и оборудования, надежность страховки, помощь в случае необходимости и безопасность.

Для разных нозологических групп инвалидов в качестве дополнительных используются средства медицинской и психологической реабилитации, которые не относятся к средствам

адаптивной физической культуры, но их сочетание с занятиями физическими упражнениями усиливают эффект комплексного воздействия на организм человека.

К этим средствам относятся: аппаратная физиотерапия, электростимуляция, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия, души (пылевой, дождевой, игольчатый, Шарко, подводный и др.), водолечебные ванны (минеральные, радоновые, грязевые, углекислые, кислородные и др.), бани (парные и сауны), средства психологического воздействия: электросон, гипноз, психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование, психологические тренинги и др.

Однако их применение для разных лиц имеет множество индивидуальных противопоказаний, поэтому назначение физиотерапевтических процедур должно осуществляться врачами и строго ими контролироваться.

Метод это способ достижения цели. Он всегда имеет предметное содержание и применяется в процессе целенаправленной педагогической деятельности как путь к достижению намеченного результата.

Методика представляет собой совокупность методов и приемов, направленных на решение коррекционных, оздоровительных, образовательных и др. задач адаптивной физической культуры. Например, методика развития равновесия для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата или методика коррекции пространственной ориентации слепых и слабовидящих предполагает технологию последовательного и рационального использования комплекса методов и методических приемов, ведущих к достижению цели.

Методическое направление характеризует ведущую направленность педагогического процесса. Доминирующим в АФК и всех ее видах является коррекционно-развивающее и оздоровительное направление, что обусловлено приоритетной ролью решения

основных педагогических задач и особенностями контингента занимающихся.

Наиболее типичными для адаптивной физической культуры являются следующие группы методов:

- методы формирования знаний;
- методы обучения двигательным действиям;
- методы развития физических качеств и способностей;
- методы воспитания личности;
- методы взаимодействия педагога и занимающихся.

Каждая из этих групп методов включает в себя разнообразные методические приемы, отражающие специфику, единичное и особенное каждого человека или группы лиц со сходными свойствами. Именно выбор методических приемов реализует индивидуальный подход с учетом всех особенностей занимающихся: структуры и тяжести основного дефекта, наличия или отсутствия сопутствующих и вторичных нарушений, возраста, физического и психического развития, сохранности или поражения сенсорных систем, органов опоры и движения, интеллекта, способности к обучению, медицинских показаний и противопоказаний и т. п.

Разумное использование комплекса методов и методических приемов представляет инструмент педагогических воздействий и является частью педагогической технологии. В основе их лежат закономерности обучения, целесообразность комплексного решения учебно-воспитательных задач, общеметодические и специально-методические принципы.

Эти методы имеют широкий спектр задач. Они направлены на:

- усвоение представлений, понятий, правил, принципов, условий успешного овладения разнообразными двигательными умениями, полноценной техникой движений, развитие физических и психических качеств и способностей, а также опыта их практического применения;
- создание стимулов, мотивов, ценностей, норм, установок осознанного использования физических упражнений.

Методы формирования знаний делятся на две группы: методы слова (информация речевого воздействия) и методы наглядности (информация перцептивного воздействия).

К **первой группе относятся:**

- метод вербальной (устной) передачи информации в виде объяснения, описания, указания, суждения, уточнения, замечания, устного оценивания, анализа, обсуждения, просьбы, совета, беседы, диалога и т. п.;
- метод невербальной (неречевой) передачи информации в виде мимики, пластики, артикуляции, жестов, дактильной речи (пальцевой азбуки) для лиц со слуховой депривацией;
- метод сопряженной речи — одновременное созвучное произнесение двумя или несколькими людьми слов, фраз. При нарушении речи и слуха высказывание «хором» легче самостоятельного, поэтому служит способом преодоления речевых нарушений;
- метод идеомоторной речи — самостоятельное мысленное проговаривание «про себя» отдельных слов, терминов, заданий, побуждающих к правильному их произношению и саморегулированию двигательной деятельности.

Вторая группа методов построена на основе чувственного восприятия информации, поступающей от зрительных, слуховых, тактильных, кинестетических, вестибулярных, температурных и других анализаторов, создающий сенсорно-перцептивный образ движения. Ощущения, восприятия, представления служат ориентировочной основой для формирования двигательных умений, построения индивидуальной техники двигательных действий с минимальным количеством ошибок.

Так как у инвалидов с различными нарушениями отдельные каналы чувственного восприятия имеют дефектную основу, методы наглядности, демонстрации, показа, движений носят специфический характер, рассчитанный на обходные пути, компенсацию нарушений, использование сохранных функций.

Методы наглядности у незрячих и слабовидящих осуществляются через тактильный анализатор, при этом используются сохранные остаточное зрение, осязание, слух, обоняние, но важную роль играет речь, выполняющая установочную, направляющую и регулирующую функцию. Для формирования представлений о движении используются:

- объемные и плоскостные макеты тела с подвижными суставами;
- рельефное изображение поз, осанки, положений отдельных звеньев тела в пространстве, магнитные наглядные пособия;
- мелкий и крупный инвентарь с разной фактурой: мячи — гладкие, шершавые, мячи ежики, пластмассовые, металлические, резиновые, разные по объему, весу, цвету, запаху, рассчитанные на дифференцировку кинестетических, кожных, обонятельных, осязательных, температурных ощущений;
- звуковые сигналы, заменяющие зрительное восприятие: аппаратура звукозаписи, звуколидер-метроном, звуковые сигнализаторы, звучащие мячи, мишени, колокольчики и т. п., задающие темп, ритм, скорость, направление ориентировки в пространстве;
- тренажеры для коррекции точности движений, запоминания и воспроизведения деталей техники, позволяющие регулировать мышечное восприятие, силу и скорость сокращения мышц, положения тела в пространстве;
- оптические средства (коррекционные очки, контактные линзы и др.) для слабовидящих, позволяющие получить дополнительную информацию о двигательных и ориентировочных действиях.

Методы наглядности у глухих и слабослышащих основаны на комплексном включении всех сохранных видов ощущений при ведущей роли словесной речи. **Наиболее типичными методами и методическими приемами являются:**

- плакаты с изображением тела человека с названием частей, суставов и др. для формирования знаний, наглядно-образных представлений о строении человека;
- карточки с рисунками и схемами движений, с заданиями, указателями, ориентирами — для формирования наглядно-действенных представлений об изучаемых физических упражнениях;
- показ движений в разных экспозициях со словесным сопровождением педагога и одновременным выполнением упражнений по подражанию и сопряженной речью;
- показ движений с одновременной словесной инструкцией (описанием, объяснением) и уточняющей мимикой, жестами, речью для считывания с лица;
- плоскостные и объемные предметы, спортивный инвентарь и не стандартное оборудование, разные по цвету, форме, величине, весу для формирования пространственных представлений;
- световые, знаковые, вибрационные сигналы для концентрации внимания, информации о начале или прекращении движений;
- звуковые сигналы музыкальных инструментов для дифференциации и использование остаточного слухового восприятия при выполнении ритмических движений.

Выбор методов и приемов обучения и формирования знаний обусловлен сохранностью сенсорных систем, речи, интеллекта, но компенсация слухового дефекта осуществляется преимущественно за счет зрительного восприятия, кинестетической и вибрационной чувствительности.

Основная задача обучения и воспитания лиц с умственной отсталостью — это максимальное преодоление (ослабление) недостатков познавательной, эмоционально-волевой и двигательной сфер, нарушенных дефектами коры головного мозга. Обучение происходит быстрее, если информация поступает одновременно с рецепторов зрительного, слухового и двигательного анализаторов. Двигательный образ становится ярче и быстрее запоминается занимающимся.

Поэтому методы и приемы должны активизировать все функции, участвующие в двигательной деятельности:

- одновременное сочетание показа физических упражнений, словесного объяснения и выполнения;
- рисование фигуры 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;
- 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.

При занятиях физическими упражнениями инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата методы наглядности реализуются через комплексное восприятие всех органов чувств с доминирующей направленностью на кинестетические и проприоцептивные ощущения.

С этой целью в практике разработаны и используются различные технические системы с биологической обратной связью:

- компьютерные игровые тренажеры для детей с ДЦП, основанные на использовании зрительной обратной связи для стимуляции вынужденных движений, которые в обычных условиях не выполняются;
- метод тандотерапии — для освоения двигательных действий путем тренировки с принудительным выполнением движений и феноменом прочувствования. Механическая связь здорового и обучаемого человека вынуждают последнего совместно выполнять любые движения, в которых участвуют все органы чувств. Рекомендуется для восстановления движений после полиомиелита, ДЦП, двигательных травм и др.
- видеофильмы-руководства для формирования образа «здоровых» движений, ориентировочной основы действий, повышения интереса к занятиям.

Выбор методов наглядности для лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата диктуется характером травмы и заболевания, состоянием сохранных функций, этапом реабилитационно-восстановительного периода, конкретными задачами и осознанностью их решения на каждом занятии. Чем богаче чувственный образ, тем быстрее и легче формируются двигательные умения, тем результативнее проявление физических, волевых, интеллектуальных способностей.

Словесные и наглядные методы тесно связаны с непосредственным выполнением физических упражнений и отражают информационную сторону обучения. Методами, направленными на формирование двигательных действий, традиционно считаются метод расчлененного и метод целостного обучения.

Еще Л.С. Выготский в 30-е годы одним из ведущих принципов обучения детей с нарушениями в развитии считал «принцип дробности».

Дробление и последовательное освоение частей целостного упражнения является характерной чертой обучения в разных видах адаптивной физической культуры, что обусловлено следующими обстоятельствами:

- многие физические упражнения имеют достаточно сложную координационную структуру и требуют от занимающихся ориентировки в пространстве, согласованности движений, равновесия, точного воспроизведения силовых, временных, пространственных характеристик движения, но именно эти способности наименее развиты у людей с сенсорными, интеллектуальными, двигательными нарушениями;
- изучение сложных по своей структуре физических упражнений требует много времени, и это может снизить интерес к учебной деятельности у занимающихся. В силу психологических особенностей дети с нарушениями в развитии нуждаются в частых переключениях и быстром успехе;
- обучение отдельным видам упражнений исходно предполагает последовательное изучение отдельных фаз движения с последующим их объединением (плавание);
- на этапе реабилитации после травм и заболеваний в силу ограниченных возможностей двигательного аппарата целостное движение невозможно. Например, восстановление локомоторной деятельности после поражения спинного мозга осуществляется этапно и последовательно: от позы стоя на коленях с опорой на руки, ползания к вертикальной позе и затем ходьбе;
- в реабилитационных целях используются пассивные движения, например, для создания условий формирования нормального положения позвоночника для ребенка с ДЦП используются упражнения на мяче: пассивное сгибание рук, ног, туловища, головы с фиксацией и покачиванием, чередующимися с положениями лежа на животе и спине и способствующими расслаблению мышц;
- преимущество раздельного выполнения отдельных частей или фаз движения заключается в том, что создаются условия для коррекции индивидуальных деталей техники с учетом реальных возможностей обучаемого, уточнения положений отдельных звеньев тела, исправления двигательных ошибок.

Метод целостного обучения заключается в том, что с самого начала физическое упражнение изучается в полном объеме его структуры. Он используется при обучении либо простым упражнениям, либо

упражнениям, которые не делятся на части, либо при закреплении изученных по частям и объединенных в целое упражнений. Вспомогательными методами совершенствования целостного двигательного действия служат подводящие упражнения, которые в своей структуре содержат элементы основного упражнения, и имитационные, полностью воспроизводящие структуру основного упражнения, но в других условиях. Эти специальные упражнения предназначены для совершенствования ключевых фаз движения, закрепления и коррекции динамических и кинематических характеристик техники, а также развития физических качеств, необходимых для выполнения изучаемого двигательного действия.

В адаптивном физическом воспитании дошкольников и младших школьников имитационные упражнения часто используются как подражание движениям и звукам животных, насекомых и т. п., при этом развиваются не только двигательные возможности, но и воображение, представление, фантазия.

В настоящее время для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями широкое распространение получили тренажерные устройства, позволяющие не только обучать движениям, но и контролировать действия занимающихся, что дает возможность расширить процесс освоения целостных сложнокоординационных двигательных действий.

Обучение двигательным умениям является лишь необходимой базовой основой для повышения двигательной активности инвалидов и лиц с ограниченными возможностями. Главная задача состоит в том, чтобы результаты этой деятельности нашли применение в жизни, быту, спорте, стали потребностью человека. Для этого процесс обучения должен быть эмоционально насыщенным, разнообразным, мобиливающим адаптационные резервы организма и личностные качества занимающихся.

В практической деятельности это может быть достигнуто следующими методами и методическими приемами:

- сочетанием различных физических упражнений: стандартных, упрощенных и усложненных, упражнений-образов с

- ориентировочной основой действий, дробного выполнения упражнений, имитационных, подводящих, на тренажерах и др.;
- вариативностью техники физических упражнений: исходного положения, темпа, ритма, усилий, скорости, направления, амплитуды и т. п.;
 - разнообразием вербальных и невербальных методов и методических приемов, словесных и наглядных способов воздействия, музыки, внушения, медитации, психотренингов, активизирующих все органы чувств, концентрирующих психические процессы и эмоции на обучении и совершенствовании двигательных умений занимающихся;
 - вариативностью внешних факторов среды при выполнении упражнений: в любое время года, при разных погодных и метеорологических условиях, в помещении, на открытом воздухе, в лесу, на воде и т. п., но в соответствии с гигиеническими требованиями и обеспечением безопасности (страховкой, помощью, сопровождением, использованием надежного оборудования, технических средств, инвентаря и экипировки и др.).

Многократное выполнение физических упражнений сопровождается не только улучшением качества техники, но и тренирующим воздействием, развитием адаптационных процессов, охватывающих все системы и функции организма. Упорядоченный подбор физических упражнений, регулирование их продолжительности и интенсивности определяют характер и степень воздействия физической нагрузки на организм занимающихся, развитие его отдельных способностей.

Принято различать пять основных физических способностей (качеств): силовые, скоростные, координационные, выносливость и гибкость. Каждой из них присуща специфическая структура, целевая направленность движений, мышечная координация, режим работы и его энергообеспечение. Развитие физических качеств подчиняется общим закономерностям этапности, неравномерности, гетерохронности независимо от пола, возраста, наследственных факторов, состояния здоровья.

В целях направленного развития физических качеств у лиц с ограниченными возможностями используются те же методы, что и для здоровых людей:

- Для развития мышечной силы — методы максимальных усилий, повторных усилий, динамических усилий, изометрических усилий, изокинетических усилий, «ударный» метод и метод электростимуляции.
- Для развития скоростных качеств (быстроты) — повторный, соревновательный, игровой, вариативный (контрастный), сенсорный методы.
- Для развития выносливости — равномерный, переменный, повторный, интервальный, соревновательный, игровой методы.

Методика развития выносливости, силовых и скоростных качеств инвалидов и лиц с ограниченными возможностями опирается на диагностику их здоровья и функционального состояния, оптимальные и доступные режимы тренировочной нагрузки (длительность и интенсивность упражнений, продолжительность и характер отдыха, объем физических упражнений в одном занятии, целесообразность их чередования, факторы утомления и восстановления работоспособности), учет медицинских противопоказаний и контроль за динамикой функционального, физического, психического состояния.

- Для развития гибкости применяют следующие методические приемы: динамические активные и пассивные упражнения, статические упражнения и комбинированные упражнения. Все они направлены на обеспечение необходимой амплитуды движений, а также восстановление утраченной подвижности в суставах в результате заболеваний, травм и т. п.

Упражнения на растягивание направлены главным образом на соединительные ткани сухожилия, фасции, связки, поскольку именно они препятствуют развитию гибкости, не обладая свойством расслабления.

- Для развития координационных способностей используется широкий круг методических приемов, направленных на

коррекцию и совершенствование согласованности движений отдельных звеньев тела, дифференциации усилий, пространства и времени, расслабления, равновесия, мелкой моторики, ритмичности движений и др.

И простые, и сложные упражнения требуют координации: в одном случае нужно точно воспроизвести какое-либо движение или позу, в другом — зрительно отмерить расстояние и попасть в нужную цель, в третьем рассчитать усилие, в четвертом точно воспроизвести заданный ритм движения. Проявление координации многолико и всегда выражается в качестве выполнения упражнения, т. е. насколько точно оно соответствует поставленной задаче. Но техника физических упражнений имеет не одну, а несколько характеристик: временную (время реакции, время движения, темп), пространственную (исходное положение, поза, перемещение тела и его звеньев в пространстве, отличающихся направлением, амплитудой, траекторией), пространственновременную (скорость, ускорение), динамическую (усилия), ритмическую (соразмерность усилий во времени и пространстве).

Управлять всеми характеристиками одновременно человек с сенсорными, двигательными, интеллектуальными нарушениями не способен, так как результатом дефекта явилось либо рассогласование между различными функциями, либо отсутствие или недостаток сенсорной информации, либо дискоординация между регулирующими и исполнительными системами организма. Чем тяжелее нарушение, тем грубее ошибки в координации.

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

Для их 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 или подвижной опоре);
- упражнения на точность различения мышечных усилий, временных отрезков и расстояния (использование тренажеров для «прочувствования» всех параметров движения, предметных или символических 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 и т. п.);
- пространственная ориентация на основе кинестетических, тактильных, зрительных, слуховых ощущений (в зависимости от сохранности сенсорных систем);
- упражнения на мелкую моторику кисти (жонглирование предметами, пальчиковая гимнастика и др.);
- парные и групповые упражнения, требующие согласованности совместных действий.

Эффективным методом комплексного развития физических качеств, координационных способностей, эмоционально-волевой и психической сферы лиц с ограниченными возможностями является игровой метод. Игра как забава, развлечение свойственна людям во все возрастные периоды жизни, она удовлетворяет естественные потребности человека в эмоциональном досуге, движении, общении и является способом самовыражения.

Естественно, что в группах с разными видами нарушений содержание игровой деятельности неодинаково и лимитируется моторной мобильностью, двигательным опытом, физическими возможностями, возрастом.

Классификация подвижных игр, отражающая общие тенденции специалистов, заключающиеся в том, что игровая деятельность для детей с нарушениями в развитии не только развлечение, но и способ увеличения двигательной активности, стимулятор развития телесных, психических, интеллектуальных возможностей.

Предлагаемая классификация подвижных игр позволяет выбрать те из них, которые направлены воздействовать на те функции аномального ребенка, которые отстают в развитии. В качестве классификационных признаков выступают следующие:

по степени адаптации к отдельным нозологическим группам:

- подвижные игры для слепых и слабовидящих;
- подвижные игры для глухих и слабослышащих;
- подвижные игры для умственно отсталых;
- подвижные игры для детей с нарушениями речи;
- подвижные игры для детей с поражением опорно-двигательного аппарата (ампутантов);
- подвижные игры для детей с ДЦП;

по преобладающему виду действий и движений:

- подвижные игры с ходьбой и бегом;
- подвижные игры с прыжками;
- подвижные игры с метанием;
- подвижные игры с лазаньем, ползанием, перелезанием;
- подвижные игры с ловлей, передачей, перекачиванием мяча;
- подвижные игры с различными предметами;

по преимущественной направленности развития физических способностей:

- развитие скоростных способностей;
- развитие скоростно-силовых способностей;

- развитие силовых способностей;
- развитие координационных способностей;

по степени интенсивности:

- подвижные игры малой психофизической нагрузки;
- подвижные игры умеренной психофизической нагрузки;
- подвижные игры тонизирующей психофизической нагрузки;
- подвижные игры тренирующей психофизической нагрузки;

по направлениям развития познавательных способностей и психических функций:

- подвижные игры, включающие развитие сенсомоторных функций зрительного восприятия основных цветов (красный, синий, желтый, зеленый, черный, белый), зрительного и осязательного восприятия (холодный — теплый), величин (большой — маленький), фактуры предметов (твердый — мягкий, гладкий — шероховатый), геометрических фигур (круг, треугольник, квадрат, овал и др.), восприятия пространственных отношений (вверх вниз, вправо — влево, впереди сзади, по отношению к себе и другим);
- подвижные игры, активизирующие мышление: наглядно-действенные и наглядно-образные формы, сравнение объектов по различным признакам, произвольное конструирование и по образцу;
- развитие памяти и внимания: слухового и зрительного, запоминание правил игры, последовательности действий, речитативов, названий инвентаря, частей тела и пр.;
- развитие речи и закрепление грамматических знаний: дифференциация звуков и букв, правильного звукопроизношения, увеличение активного словаря, способности словообразования, подбор признаков к предметам и др.;
- закрепление элементарных математических представлений о числе и его обозначении, порядковом и количественном счете, ориентировании в числовом ряду, сравнение количеств и т. п.;

- расширение представлений об окружающем мире: ознакомление с дикими и домашними животными (медведь, лиса, собака, кошка), птицами (аист, сова, воробей), имитация их движений и звуков, растительным миром (деревья, цветы, овощи);
- закрепление социально-бытовых навыков (правила уличного движения, название школьных принадлежностей, одежды, посуды и т. п.);
- формирование общения и взаимоотношений (согласование движений в парах, команде, оказание помощи, совместные действия и т. п.).

Таким образом, средства и методы адаптивной физической культуры при их рациональном использовании служат стимулятором повышения двигательной активности, здоровья и работоспособности, способом удовлетворения потребности в эмоциях, движении, игре, общении, развития познавательных способностей, следовательно, являются фактором гармоничного развития личности, что создает реальные предпосылки социализации данной категории людей.

Адаптивное физическое воспитание



Условия реализации коррекционной направленности занятий

- Активация речевой и познавательной деятельности
- Эмоциональность занятий
- Индивидуальное нормирование двигательной активности с учетом состояния здоровья, психо-физического развития, состояний сохранных функций
- Соблюдение санитарно-гигиенических требований на занятиях
- Приемы безопасности и стимуляции деятельности: помощь, страховка, сопровождение, похвала и т.п.
- Наличие необходимого инвентаря и оборудования
- Систематический контроль за состоянием занимающихся

Знания: о схеме тела, осанке, походке, гигиенических требованиях, основных видах движений, самостоятельных занятиях дома и на улице, правилах поведения

Объект коррекции и развития

Физическое развитие, вторичные нарушения:

- Масса и длина тела
- Осанка в покое и движении
- Опороспособность
- Дефекты свода стопы
- Нарушение основных движений
- Дыхательная и сердечно-сосудистая системы

Физические способности:

- Мышечная сила
- Быстрота движений
- Общая выносливость
- Подвижность в суставах
- Ловкость

Психические процессы:

- Познавательная и творческая деятельность
- Речевая активность
- Зрительное, слуховое, кинематическое восприятие
- Слуховое и зрительное внимание
- Двигательная память, чувство ритма
- Мелкая моторика

Координационные способности:

- Согласованность движений различных звеньев тела, движений и дыхания
- Симметричные и асимметричные движения
- Точность, ритмичность, пластичность движений
- Ориентировка в пространстве
- Равновесие
- Расслабление
- Быстрота реагирования и переключения
- Дифференциация усилий, времени, пространства

Лекция "Функции, принципы и опорные концепции методологии адаптивной физической культуры"

Опорные концепции методологии адаптивной физической культуры

В Декларации ООН о правах инвалидов (1975, 2.1) сказано, что «инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства независимо от происхождения, характера и серьезности увечий... имеют гражданские и политические права, право на экономическое и социальное обеспечение, на медицинское, психическое или функциональное лечение, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности; на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции и реинтеграции».

Только в последние десятилетия в нашей стране общество заметило огромный социальный слой инвалидов и лиц, имеющих выраженные нарушения в состоянии здоровья. Экологические катастрофы, войны, криминогенная обстановка, отягощенная наследственность, заболевания, травмы, увечья, полученные на производстве, в быту, на транспорте и т.п., увеличивают число инвалидов приблизительно на 200 тыс. ежегодно.

Патологические процессы, развивающиеся в результате болезни, с одной стороны, разрушают целостность и естественность функционирования организма, с другой — вызывают у инвалидов комплексы психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками (Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б., 1992; Нечаева Н.В., Сыромолотов Ю.С., 1988; Пономарев Н.И., 1996).

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующих коррекций, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции этих людей в общество относится сегодня к числу первостепенных государственных задач.

Указом Президента Российской Федерации (№ 802 от 27 июня 1992 г.) рекомендовано определить приоритетные направления фундаментальных и прикладных исследований по проблемам инвалидности и инвалидов.

Проблемное поле, обозначенное понятиями «инвалид», «инвалидность», «реабилитация инвалида», «здоровье инвалида», «интеграция инвалида», «здоровый образ жизни инвалидов» стало объектом изучения специалистов разных областей знаний, философов и социологов, генетиков и клиницистов, дефектологов и физиологов, психологов и педагогов, экономистов и юристов. Однако интегральной теории инвалидологии пока не создано (Сахно А.В., 1993).

В сфере физической культуры в последние годы государственными и общественными организациями прилагаются большие усилия для привлечения инвалидов к систематическим занятиям физическими упражнениями как эффективному

универсальному средству физической, психической, социальной адаптации. Работают федерации, комитеты, комиссии, ассоциации инвалидов, созданы новые кафедры, разработаны первые учебные программы для подготовки специалистов-педагогов, функционируют диагностические и реабилитационные центры, коррекционные учреждения, консультационные пункты, специальные школы-интернаты, клубы, секции, сборные команды по видам спорта, проводятся праздники, фестивали, соревнования для инвалидов. Однако лишь незначительная часть инвалидов вовлечена в физкультурно-оздоровительную и спортивную работу, причем не более 10% получивших инвалидность возвращаются к работе (Чепик В.Д., 1995). Основными причинами недостаточного развития физической культуры инвалидов являются следующие:

- незнание ими собственного физического потенциала, отсутствие ценностных ориентации и соответствующей мотивации, осознанной потребности в двигательной активности;
- незрелость общественного мнения о необходимости создания для инвалидов условий «равной личности»;
- отсутствие квалифицированных педагогов, обладающих необходимым комплексом фундаментальных и прикладных знаний и практических умений, позволяющих поддерживать и развивать физические возможности инвалида и формировать его личность;
- неполная и не всегда грамотная интерпретация медицинских сведений о патологии человека специалистами физической культуры, что приводит к недостаточно целенаправленной коррекции дефектов развития и здоровья инвалида (Евсеев С.П., Шапкова Л.В., Федорова Т.В., 1996).

Необходимо принципиально новое мировоззрение, качественное переосмысление и творческое реформирование такого сложного педагогического явления, каким является адаптивная физическая культура. Единство мировоззренческого, интеллектуального и телесного компонентов должно стать основополагающим принципом формирования физической культуры личности человека, в том числе инвалида (Лубышева Л.И., 1993, Николаев Ю.М., 1996).

Сегодня в практике утвердились два основных подхода в формировании теории и методики адаптивной физической культуры.

Первый обобщение опыта работы с инвалидами, который уже имеет свою историю, достижения и успехи. Осуществляют эту работу педагоги, методисты, тренеры и просто энтузиасты (порой не имеющие высшего профессионального образования). Силами педагогов-новаторов создаются индивидуальные учебно-оздоровительные программы, передовые технологии, частные методики для отдельных нозологических групп инвалидов. Однако подвижность, милосердие, сострадание к обездоленным не всегда компенсируют недостаточность знаний. Неполная и не всегда безупречная интерпретация медицинских сведений о патологии занимающихся подчас не приводит к желаемым результатам.

Второй подход — экспериментальный поиск, проверка и научное обоснование частных методик в сфере физического воспитания, спорта, физической рекреации и двигательной реабилитации инвалидов. Это эффективный и плодотворный путь.

Основные направления уже имеющихся исследований — это поиск рациональных средств, методов, организационных форм физкультурно-оздоровительной работы с инвалидами разных категорий и возраста. Привлечение этиопатогенетического анализа,

использование физиологических, психологических, социологических методов исследования правомерно и достаточно убедительно. Большая часть исследований касается изучения уровней единичного и особенного, обусловленных конкретной патологией.

Однако локальность объектной области исследований, отсутствие методологических концепций, имеющих всеобщий характер, ограничивают сферу их возможных экстраполяции.

И первый, и второй подходы предполагают прежде всего углубленное изучение конкретных методик адаптивной физической культуры для разных категорий инвалидов. Вместе с тем истинное познание, проникновение в суть явления, по мнению В.К. Бальсевича (1991), возможно только при освоении всех уровней знаний, и первый из них — философское осмысление, создание методологической базы дисциплины.

Очевидно, что формирование адаптивной физической культуры возможно на основе интеграции знаний о структуре и содержании физической культуры (Матвеев А.П., 1983, 1991; Выдрин В.М., 1983, 1986; Выдрин В.М., Курамшин Ю.Ф., Николаев Ю.М., 1996; Платонов В.Н., 1988; Пономарев Н.И., 1989) и знаний нормальной и патологической анатомии, физиологии, психологии и других смежных наук (Адо А.Д., 1985; Давыдовский И.В., 1969; Дембо А.Г., Лисицын Ю.П., Петленко В.П., 1992; Фролов В.А., 1987; Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1995; Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г., 1986; Ярыгин В.Н., 1985). Создание новых специальностей поставило глобальную задачу: определить систему знаний, необходимых и достаточных для работы с инвалидами в области адаптивной физической культуры. В зависимости от того, насколько рационально сложится такая интеграция (с какими научными дисциплинами, в каком сочетании и объеме), во многом предопределяется идеология развития адаптивной физической культуры как науки и учебной дисциплины (Евсеев С.П., Шапкова А.В., Федорова Т.В., 1996).

История науки свидетельствует о том, что в развитой системе знаний разные теории объединяются в более широкие образования, связанные между собой многообразными отношениями. Нередко подобные связи устанавливаются далее между теориями, принадлежащими к разным дисциплинам. Такой процесс объединения и синтеза в системе межпредметных связей есть наиболее характерная особенность интеграции научного знания. Выявление общих идей, принципов, подходов, гипотез, теорий, известных в других науках, может обогатить знания специалиста по работе с инвалидами в сфере физической культуры, а в дальнейшем сформировать методологические основы теории адаптивной физической культуры.

Специфичность понятия *«адаптивная физическая культура»* выражается в дополняющем определении *«адаптивная»*, что подчеркивает ее предназначение для людей с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов. Это предполагает, что физическая культура во всех ее проявлениях должна стимулировать позитивные реакции в системах и функциях организма, формируя тем самым необходимые двигательные координации, физические качества и способности, направленные на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма инвалида (Евсеев С.П., 1996).

Физическая культура естественным образом сочетает в себе не только биологическое, но и социальное (Лубышева Л.И., 1996). Физическое в человеке играет роль механизмов, с помощью которых осуществляются его социальные функции (Пономарев Н.И., 1996). В жизнедеятельности инвалида именно биологическое состояние организма отражает

социальное проявление личности, степень ее социальной адаптации. Поэтому магистральным направлением адаптивной физической культуры является формирование двигательной активности как биологического и социального факторов воздействия на организм и личность инвалида. Познание сущности этого явления может стать методологическим фундаментом теории адаптивной физической культуры.

На основе естественных законов эволюционного развития моторики В.К. Бальсевичем (1981, 1988, 1996) достаточно емко и обстоятельно разработана система научно обоснованных представлений о феномене физической активности человека, его генезисе, содержании и структуре, социально-биологических закономерностях и особенностях физической активности на разных возрастных этапах жизни. По существу, она представляет собой разработанное самой природой хорошо сбалансированное и чрезвычайно *умное* расписание развития всего многообразия элементов и структур моторики человека.

Практика подтверждает, что, если для здоровых людей двигательная активность — обычная потребность, реализуемая повседневно, то для инвалида физические упражнения жизненно необходимы, так как они являются эффективнейшим средством и методом одновременно физической, психической, социальной адаптации. Главная задача профессиональной деятельности педагога адаптивной физической культуры состоит в формировании убеждений инвалида в том, что физическая культура служит для него объективной жизненной потребностью, способом и условием полноценной, полноценной жизни. Для этого и сам будущий специалист должен обладать разносторонними мировоззренческими знаниями, системой ценностей, интересов, мотиваций, имеющих глубоко нравственную гуманистическую направленность (Евсеев С.П., 1996; Недашевская М.А., 1993; Сахно А.В., 1993; Шорохова Е.В., 1977).

В этом плане чрезвычайно важны те отправные положения, идеи, принципы, которые лежат в основе воспитания физической культуры личности (Лубышева Л.И., 1993).

Поэтому система образования специалиста по адаптивной физической культуре включает целый блок психологических дисциплин. Они позволят подготовить специалиста с глубокими базисными знаниями по широкому спектру медицинских и психологических проблем, обладающего умениями и навыками, необходимыми в работе с различными категориями больных и инвалидов, сформировать представление биологического, социального и аномального в человеке, что позволит грамотно апеллировать к личности, не нанося ей ущерба, а наоборот, способствовать ее более гармоничному развитию, социализации и интеграции в обществе.

В связи с многообразием областей наук, изучающих патологию человека в разных аспектах, необходимо выделить те опорные дисциплины, которые должны, с нашей точки зрения, стать базисом познания человека-инвалида и тех процессов, которые происходят в его организме.

Одной из основных дисциплин, которая может стать методологической основой теории адаптивной физической культуры, является «Общая патология» наука о наиболее общих закономерностях патологических процессов, о тех главных чертах, которые лежат в основе любой болезни, независимо от вызвавшей ее причины, индивидуальных особенностей организма, окружающей среды, методов исследования. Она синтезирует в себе знания философии, современной теоретической и экспериментальной медицины, патологической и экспериментальной медицины, патологической физиологии, генетики, морфологии, биохимии, иммунологии и других наук. При этом рассмотрение

патологических процессов с позиций философских категорий воспринимается не как праздное теоретизирование, а как весьма актуальное для практики обобщение взаимосвязи и причинной обусловленности природных, общественных, психических процессов с позиции реакций организма как целостной системы (Адо А.Д., 1985; Давыдовский И.В., 1962; Лисицин Ю.П., Петленко В.П., 1992; Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1995).

Ознакомление с курсом общей патологии предполагает не механический перенос дисциплины, преподаваемой в медицинских вузах, а рассмотрение указанных философских категорий через призму особенностей адаптивной физической культуры, так как вуз готовит к профессиональной деятельности не врача, а педагога, способного найти физиологически и психологически оправданные пути и средства оптимизации развития психофизических возможностей человека-инвалида.

Таким образом, опорными концепциями в методологии адаптивной физической культуры должны быть: теория и методика физической культуры как базовая дисциплина с ее новейшими макротенденциями развития, общие психологические и биологические закономерности функционирования организма с патологическими нарушениями, гуманистические принципы и деятельностный подход к формированию физической культуры лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Творческая реализация этих знаний в конкретной профессиональной деятельности будет мощным стимулом воздействия на природную, психическую, волевою, эмоциональную сферу инвалидов, формирования у них потребности в двигательной активности и освоении всей системы ценностей физической культуры.

Рассмотрим основные категории общей патологии, отражающие объективные закономерности биологических процессов в организме человека. К ним относятся: целостность организма, структура и функция, реактивность организма, причинно-следственная связь, адаптация и компенсация организма.

Целостность организма. В процессе познания эволюционного развития человека организм условно разделялся на множество *частей*-органов, тканей, клеток, характеризующихся своей структурно-функциональной спецификой. Но все эти части и их функции неразрывно связаны между собой, обеспечивая целостность организма, его связь с внешней средой. При этом каждый организм обладает совокупностью признаков и свойств, отличающих любую живую систему: обменом веществ, ростом, развитием, размножением, изменчивостью, наследственностью, реактивностью, надежностью (Ярыгин В.Н., 1985).

Надежность организма означает способность сохранять определенную устойчивость функционирования и развития в течение возрастного интервала времени. Она обеспечивается наличием элементов управления, функциональной гибкостью, динамичностью, способностью к адаптации и компенсации нарушенных функций, характером гомеостатических регуляций. Организующую роль в реализации реакций организма играет нейрогу-моральная и иммунная системы как материальная основа, на которой строится и *держится* целостность организма. Центральным координатором, осуществляющим структурно-функциональные связи в целостном организме, является нервная система (Зайко Н.Н., 1985; Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1995; Юлай Г.А., 1962).

При заболевании нервная система, испытывая на себе действие патогенного фактора, организует активацию и координацию компенсаторных процессов, т.е. сопротивление действию патогенного фактора (Волжин А.И., Субботин Ю.К., 1987; Серов В.В., 1992).

Взаимоотношение части и целого при различных патологических процессах определяется общеизвестной формулой «*всякая болезнь есть страдание всего организма*». Она стала незыблемым постулатом энциклопедий и учебников, что лишней раз подчеркивает единство организма как целостной системы.

На сегодня эта формула получила более глубокое толкование. Дело заключается не только в отрицательном влиянии патологического процесса на весь организм и в том, что болезнь, локализованная в каком-либо органе, рассматривается как целостная реакция организма (Попов В.Г., 1982), а главное в том, что отрицательные влияния со стороны больного органа являются одновременно мощным стимулом для повышения функциональной активности здоровых органов с целью нормализации нарушенных функций и ликвидации патологического процесса. Другими словами, весь организм, все органы и системы мобилизуются на борьбу за выздоровление. Если принято говорить, что организм болеет весь, то нельзя забывать, что он также весь борется с недугом, включая защитные реакции, активируя жизненные силы. Поэтому проблема адаптации и компенсации нарушенных функций это прежде всего проблема работы организма как целостной системы.

Последнее положение особенно важно для адаптивной физической культуры, так как именно в этих процессах заключается биологическая суть педагогической деятельности в работе с инвалидами в сфере физической культуры.

Любая патология, которая привела человека к инвалидности, независимо от вызвавшей ее причины и нозологической формы, непременно отражается на двигательной функции. Малоподвижность как вынужденная форма поведения инвалида приводит к *гиподинамии и гипокинезии*, которые влекут за собой целый ряд негативных последствий: снижение функциональных возможностей и работоспособности, нарушение социальных связей и условий самореализации, потеря экономической и бытовой независимости, что, в свою очередь, вызывает стойкий эмоциональный стресс (Дмитриев В.С., Сомалева Г.Н., Киселева Е.В., 1993). Кроме того, отмечаются дискоординация регуляторных механизмов (Солодков А.С., 1988, 1996), ухудшение показателей кардио-респираторной системы (Курдыбайло С.Ф., 1993, 1996), нарушение ритма деятельности внутренних органов (Меерсон Ф.З., 1981), нервные расстройства (Чазов Е.И., 1975), снижение адаптационно-компенсаторных возможностей (Меерсон Ф.З., 1986; Никитюк Б.А., Коган Б.И., 1989). Такие аномалии, как нарушение интеллекта, слуха, последствия детского церебрального паралича, сопровождаются расстройством не только моторики и координации движений, но и речевой функции, что ограничивает познавательную и коммуникативную деятельность инвалидов (Выготский А.С., 1983; Дмитриев А.А., 1991; Мастюкова Е.В., 1985).

Закономерная цепь реакций организма под влиянием устойчивых отклонений в состоянии здоровья изменяет структурно-функциональное состояние отдельных систем и органов, а следовательно, и всего организма как целостной социально-биологической системы.

Адаптивная физическая культура призвана с помощью рационально организованной двигательной активности как естественного стимула жизнедеятельности, используя сохраненные функции, остаточное здоровье, природные физические ресурсы и духовные

силы инвалида, максимально приблизить психофизические возможности организма и личности к самореализации в обществе.

Структура и функция. Биологическая структура — это строение, определенная организация тех или иных частей организма (молекул, клетки, ткани, органа и др.), а также их взаимоотношения. В организме все организовано и структурировано от молекул различных веществ до организма в целом.

Биологическая функция — это деятельность, т.е. изменение во времени и пространстве состояния или свойств тех или иных структур организма и его самого как целого. Разнообразные структуры выполняют свои специализированные функции. В процессе эволюции человека функции развивались и совершенствовались сопряженно с развитием и совершенствованием структур, одновременно приобретая целесообразный характер. Целесообразные для выживания структуры и функции сложились в различные структурные и функциональные уровни жизнедеятельности: молекулярный, субклеточный, клеточный, органный и системный (Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1995).

Взаимоотношения структуры и функции до сих пор являются предметом споров и дискуссий. Это связано с тем, что правильная интерпретация этих понятий служит предпосылкой для создания основ теории патологии, включающих такие принципиально важные проблемы, как этиология, патогенез, морфогенез болезней человека, закономерности их развития, компенсация нарушенных функций, диагностика, профилактика и др.

Развитие представлений об иерархии физиологических функций происходило быстрее, чем познание элементарных структурных единиц. В силу причин методического порядка оно растянулось на сотни лет и еще не закончилось. А это лишало исследователей возможности сопоставления главных компонентов процесса жизнедеятельности — структуры и функции. Отсутствие информации о структуре наводило на мысль об ее отставании от функциональных изменений в организме и расценивалось как закономерное явление.

И сейчас в учебных пособиях, энциклопедических изданиях встречаются такие формулировки, как *«чисто функциональные изменения, еще не сопровождающиеся органическими»*, *«функциональная стадия развития болезни»*, *«функции изменяются неизмеримо быстрее, чем структуры»* и т.п. Формулировки такого рода строятся на представлении о примате функций, об их большей изменчивости и консерватизме структуры. По-видимому, причина таких суждений — либо привычка, инерционность старого мышления, либо недооценка современных научных достижений.

Более чем 200-летний процесс развития морфологии можно кратко охарактеризовать как путь распознавания структуры и функции, который шел от крупных уровней организации (организменного, органного) к мелким глубинным структурам (клеточному, внутриклеточному). В настоящее время благодаря исследованиям, выполненным с помощью тонких морфологических и биохимических методов, установлено, что функции организма являются производными от взаимодействия структур внутри клетки, сложных межклеточных отношений и взаимодействий с окружающей средой. Структурные изменения внутри клетки могут сопровождаться тяжелыми последствиями для всего организма и представлять опасность для жизни больного (Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1995).

На сегодня доказано, что функция и структура представляют собой единое целое, в живом организме одно не существует без другого, и никаких противоречий между ними нет и в принципе быть не может. Они полностью сняты с повестки дня современными достижениями молекулярной биологии и патологии. Очень образно положение о неразрывном единстве структуры и функции сформулировал известный терапевт В.Х. Василенко (1985):

«Функция без структуры немислима, а структура без функции бессмысленна».

Основополагающая концепция единства структуры и функции в адаптивной физической культуре имеет два аспекта практической реализации: первый связан с мировоззренческим представлением об уровне патологических процессов в организме инвалида, второй — непосредственно с воздействием физических упражнений.

Любой патологический процесс (потеря зрения или слуха, ампутация конечности или нервно-психическое заболевание) — это одновременно нарушение структуры и функции разных уровней организации. Глубокое понимание патологического процесса, анализ остаточного здоровья и состояния сохранных функций позволяют объективно оценить физические и психические возможности инвалида, выбрать индивидуальную стратегию двигательной активности.

Физические упражнения, являясь мощным средством воздействия на организм, расширяют диапазон возможностей в первую очередь двигательной сферы, нарушенной стойким дефектом. Можно привести множество примеров из практики, когда с помощью физических упражнений и специальной тренировки исправляются нарушения речи, дети с проблемами интеллекта осваивают сложные гимнастические программы, незрячие начинают уверенно ориентироваться в пространстве, дети с тяжелыми последствиями детского церебрального паралича после занятий плаванием впервые начинают ходить и говорить, прикованные к инвалидной коляске овладевают высоким спортивным мастерством в разных видах спорта.

Мышечная деятельность в процессе выполнения физических упражнений стимулирует физические процессы, формируя новое функциональное состояние, характеризующееся приспособлением к дефекту, компенсацией нарушенных функций, адаптацией вегетативных систем к физической нагрузке, улучшением деятельности сохранных функций, в частности сенсорных систем, и т.п.

Отмеченные изменения на органном и системном уровне

Представляется логичным разделение функций АФК на две группы.

- Первая представляет собой совокупность педагогических функций, которые характеризуют процесс применения физических упражнений для лиц с отклонениями в состоянии здоровья в разных видах адаптивной физической культуры – адаптивном физическом воспитании, адаптивной двигательной рекреации, адаптивном спорте, физической реабилитации. Методологической основой их являются философско-медицинские категории целостности организма и взаимосвязи структуры и функции (Ярыгин В.Н., 1985; Лисицын Ю.П., Петленко В.П., 1992; Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1995).
- Вторая группа включает в себя функции, являющиеся сопутствующими, соподчиненными основным педагогическим. Их формирование обусловлено не только воздействием физических упражнений на организм и личность человека, но

и влиянием объективно существующих других социальных явлений и процессов окружающей жизни, другими социальными институтами, которые образуют устойчивые функциональные связи (Матвеев Л.П., 1997). Эти связи формируют социальные функции АФК, представляющие собой самоценность для общества в целом и каждого человека, имеющего стойкие дефекты и ограниченные функциональные возможности. Эти функции также характерны для всех видов адаптивной физической культуры.

- Понятие функция означает деятельность, обязанность, внешнее проявление свойств какого-либо объекта в данной системе отношений (БСЭ, 1984).
- В.Г. Афанасьев (1977) характеризует это понятие как способность к действию, роль системы, ее свойства, значение, задачи. В теории физической культуры функция рассматривается как «деятельность, социальная обязанность, способ проявления активности» (Психология спорта в терминах, понятиях... 1996).
- АФК является особым видом как общей, так и физической культуры, поэтому ей свойственны функции этих родовых по отношению к ней явлений.
- Наиболее удачно функции культуры раскрыты в исследовании М.С. Кагана (1974). На основе анализа этой проблемы в мировой литературе автор утверждает, что в культуре существуют лишь две основополагающие функции: внешняя и внутренняя. Внешняя направлена на обеспечение общества всем необходимым для успешного противоборства с природой, для его прогрессивного развития. Внутренняя – на обеспечение собственной мобильности, динамичности, продуктивности, эффективности всех своих механизмов, постоянного повышения коэффициента их полезного действия, т.е. безостановочного самосовершенствования. «Третьей функции, – утверждает автор, – нет и не может быть. Однако каждая из них представляет собой некий ансамбль частных функций».
- Именно частные функции явились предметом дискуссий в теории физической культуры, где они рассматриваются либо чрезмерно широко, либо отождествляются с функциями физического воспитания, либо рассматриваются совместно с функциями спорта без различий между данными социальными явлениями. Правомерность таких подходов обусловлена тем,

что все виды физической культуры, ориентированные на здорового человека, имеют свои конкретные цели, задачи, направления, формы и, следовательно, свои функции; при этом они имеют и общие функции, свойственные всем видам физической культуры.

- Нет однозначных суждений и о количестве функций.
- Так, Л.П. Матвеев (1983) выделяет две группы функций физической культуры – группу общекультурных и группу специфических. К функциям первой группы он относит эстетическую, нормативную, информационную; к функциям второй – образовательную, прикладную, спортивную, рекреативную и оздоровительно-реабилитационную.
- В.М. Выдрин (1984) в физической культуре выделяет три группы функций: группу общекультурных функций (образовательную, воспитательную и др.), группу специфических (физическую подготовку к жизни и труду, укрепление здоровья, развитие физических способностей, двигательных навыков и др.) и группу внутренних (функции компонентов физической культуры: физического воспитания, спорта, рекреации и реабилитации).
- И.И. Сулейманов (1981) выделяет четыре группы функций физической культуры и спорта: материально-производственных, социальных, политических и духовных. В первую он включает функции производства и воспроизводства человеческой жизни (оздоровительную, рекреативную, лечебную) и профессионально-прикладную функцию. Во вторую – социализирующую, коммуникативную, интегративную, зрелищную, семейно-бытовую, воспитательную и образовательную. В третью группу – военно-прикладную, престижную, управленческую, функцию отвлечения и др. В четвертую – мировоззренческую, идеологическую, философскую, научную, нравственную, правовую, религиозную, творческую, ценностную, нормативную и др.
- Н.И. Пономарев (1974, 1996) только в сфере спорта выделяет 8 групп функций. Это группы творческих, коммуникативных, социальных, преобразовательно-созидательных, познавательных, ценностно-ориентационных, психологических,

игровых функций. Внутри этих групп автор выделяет 37 функций спорта.

- Б.В. Евстафьев (1980) в функционировании физической культуры выделяет общее, особенное и единичное (специфическое). С этих позиций он подразделяет все функции на внутренние и внешние. К внутренним он относит совершенствование самой физической культуры, ее предметных и личностных ценностей; к внешним обеспечение своими средствами и способами различных видов человеческой деятельности. Например, к внешним специфическим функциям автор относит функцию физического образования, профессионально-прикладной подготовки, спорта, физической рекреации и двигательной реабилитации.
- Рыжкин Ю.Е. (1997) к функциям физической рекреации относит следующие: оздоровительную, индивидуализирующую, творческую, гедонистическую, престижную, развлекательную, отвлечения, интеграции, прогностическую и зрелищную. Такая классификация не в полной мере соответствует логике суждений автора о необходимости деления функций физической рекреации на специфические, присущие только ей, и общекультурные, обусловленные многообразием связей с другими общественными явлениями, и, прежде всего, культурной. В предложенной классификации все функции объединены вместе, причем часть из них, – прогностическая, зрелищная – не являются ведущими для физической рекреации. Индивидуализирующую функцию вряд ли можно вообще назвать функцией. Индивидуализация – психопедагогический принцип, в соответствии с которым учитываются индивидуальные особенности занимающихся в сфере физического воспитания, спорта, в том числе и в физической рекреации.
- Краткий обзор сведений о классификации функций физической культуры позволяет выразить мнение о том, что данная проблема, несмотря на многочисленные исследования, еще не завершена, имеет много разногласий и противоречивых суждений. Десятки функций – внешних, внутренних, общекультурных, специфических, общих, особенных,

единичных – порождают иллюзию о всемогуществе физической культуры в решении любых социальных вопросов: от экономики и политики до науки и религии. Во избежание разномасштабности и дальнейшего появления новых функций необходимо уточнение признаков их выделения.

- Та же проблема актуальна и в АФК, но, в отличие от теории и методики физической культуры, в этом направлении фундаментальные исследования только начинаются. Имеются лишь единичные публикации (Сахно А.В., 1993; Дмитриев В.С., 1993; Евсеев С.П., Шапкова Л.В., Федорова Т.В., 1996; Шапкова Л.В., 1996, 1997; Евсеев С.П., 1998; Шапкова Л.В., Евсеев С.П., 1998).
- Функции АФК вытекают из сущности самого определения АФК, а также ее структуры. По определению С.П. Евсеева (1996), адаптивная физическая культура представляет учебную и научную дисциплину, изучающую теорию и методику применения специфических принципов, методов, приемов и средств физического воспитания для формирования у инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих им обрести самостоятельность, социальную, бытовую и психологическую независимость, совершенствоваться в профессиональной деятельности, отдыхать, достигать высоких результатов в спорте и в целом повысить уровень качества своей жизни.
- В структуре АФК все виды, ее составляющие (адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация, физическая реабилитация), находятся в неразрывной взаимосвязи, подвижны, дополняют друг друга и проявляются в единстве. Единство структурных элементов АФК определяется прежде всего применением физических упражнений как основного средства и метода достижения цели. Они выступают как системообразующий фактор и основная структурная единица АФК. Названное единство структурных элементов служит основанием, чтобы считать

адаптивную физическую культуру целостной функциональной системой, где, исходя из философской категории взаимосвязи структуры и функции, каждому структурному элементу присуща конкретная функция. По аналогии с функциями физической культуры их может быть много. Чтобы верно ориентироваться в большом многообразии функций АФК, нужно четко различать ее специфические педагогические функции, свойственные только ей как особому явлению в жизни человека и личности, выделяя социальные функции как результат осуществления связей с теми или иными общественными явлениями и процессами (Матвеев А.П., 1997).

- Таким образом, речь идет об использовании физических упражнений в самых различных целях. Было бы ошибкой думать, что все положительные эффекты, влияющие на личность и межличностные отношения инвалидов, есть собственные функции АФК. Социализация инвалидов определяется комплексом социальных факторов; условиями, системой социальных отношений, участием других социальных институтов в этом процессе, хотя, несомненно, в социализации лиц с отклонениями в состоянии здоровья огромная роль принадлежит АФК.
- Все функции АФК реализуются через деятельность (движение → двигательные действия (физические упражнения) → двигательная активность → двигательная деятельность), в основе которой лежат деятельностные способности занимающихся, полученные ими от природы в соответствии с генетической программой, но ограниченные влиянием конкретной патологии. Сама деятельность в сфере АФК столь разнообразна, что выходит далеко за рамки непосредственных занятий физическими упражнениями и вступает в различные социальные отношения, формирующие личность инвалида в соответствии с принципами и нормами человеческой морали. Таким образом формируется большой блок социальных функций, под которыми подразумеваются различные проявления многогранной роли АФК в жизни каждого индивида и всего общества. К числу таких функциональных связей относятся: социализирующая, коммуникативная,

гуманистическая, интегративная, ценностно-ориентационная, престижная, эмоционально-зрелищная, психорегулирующая, эстетическая и др., в которых аккумулируется множественность функциональных свойств АФК.

- С этих позиций рассмотрим педагогические и социальные функции АФК, которые отражают ее сущность и роль в жизни инвалида и общества.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

Основным каналом приобщения к ценностям физической культуры инвалидов и лиц с ограниченными возможностями (инвалидов от рождения или получивших инвалидность в детстве) является адаптивное физическое воспитание, охватывающее продолжительный период жизни (дошкольный, школьный, молодежный возраст).

На сегодня в России имеются около 2 тысяч специальных (коррекционных) образовательных учреждений 8 типов: для детей с нарушениями слуха, речи, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и др. В них обучаются более 400 тысяч учащихся, из них 80% – умственно отсталые дети (Шипицына Л.М., 1995). Физическое воспитание в них осуществляется по государственным учебным программам, реже – по новационным авторским программам.

Педагогические и социальные функции адаптивного физического воспитания



От других видов воспитания физическое отличается тем, что в основе его лежит упорядоченное обучение двигательным действиям, развитие физических способностей и формирование связанных с ними знаний. Специфической особенностью адаптивного физического воспитания является то, что объектом педагогических воздействий является человек с сугубо индивидуальными свойствами, обусловленными патологическими нарушениями в развитии (сенсорными, двигательными, интеллектуальными, сочетанными формами), что всегда негативно отражается на двигательной функции, физическом развитии, физической подготовленности, способности к обучению движениям, разрешающей способности психомоторных проявлений и т. п., что, несомненно, требует индивидуальной коррекции педагогических воздействий.

Таким образом, совокупность взаимосвязанных сторон адаптивного физического воспитания (обучения, развития и коррекции) является его сущностной основой, что и определяет специфические образовательные педагогические функции адаптивного физического воспитания: учебно-познавательную, развивающую, коррекционную, профессионально-подготовительную и воспитательную.

учебно-познавательная функция

Разнообразные двигательные действия человек осваивает в течение всей жизни. В физическом воспитании этот процесс достигается рациональным построением обучения соответственно закономерностям формирования знаний, двигательных умений и навыков.

Внутреннюю логику процесса образования и совершенствования двигательного действия можно схематично представить как последовательный переход от знаний и представлений о действии к умению его выполнять, а затем от умения к навыку (Матвеев Л.П., 1991).

Для человека, имеющего ограниченные возможности двигательной функции, навык не всегда может быть реально осуществимой задачей. Необходимым результатом многолетнего адаптивного физического воспитания должен быть разнообразный фонд двигательных умений и связанных с ними знаний, которые обеспечат данную категорию людей двигательным опытом, знаниями и возможностью использования их в практических условиях жизнедеятельности (в быту, учебе, труде и т. п.).

Важной стороной учебно-познавательной функции является не только освоение широкого диапазона двигательных умений, но и интеллектуализация этого процесса. Высказанное П.Ф. Лесгафтом положение о дидактическом значении слова и мысли, опережающих движение, о единстве ума, души и тела имеет концептуальное значение для физического образования детей, особенно тех, кто имеет нарушения в развитии.

В качестве наиболее существенных, обеспечивающих полноценность образовательной функции адаптивного физического воспитания, выступают следующие теоретические сведения: знания об элементарных движениях, частях тела, суставах, с которыми они связаны (названия, понятия, роль в движении), о целостных движениях (бег, метания, прыжки и др.), их технике и влиянии на организм, знания о телосложении, требованиях к осанке, дыханию, питанию, режиму дня, гигиене тела и одежды, закаливанию, знания о значении движения в жизни человека и самостоятельных занятиях физическими упражнениями на улице и дома для сохранения и улучшения здоровья, развлечения и спортивной подготовки (Ян В.И, Катков В.Г, Ян Я.В, 1989; Шитикова Г.Ф, 1997).

Интеллектуализация физического образования ярче всего проявляется в межпредметных связях, когда двигательные действия, организованные в форме игровых композиций, состоящих из ролевых подвижных игр, выполняемых под стихи, скороговорки, загадки, облегчают освоение элементарных математических представлений о количестве, величине, объеме, пространстве и времени, активизируют речевую деятельность, правильное звукопроговаривание, обогащают словарный запас, развивают внимание, моторику мелких движений пальцев (Баранова Н.А., 1993).

Установлено, что трудности общеобразовательного обучения, возникающие у детей с задержкой психического развития, патологий зрения и слуха легче преодолеваются в процессе занятий физическими упражнениями, особенно в игровой форме (Выгодская И.Г. с соавт., 1984; Кулешова Г.В., 1992; Страковская В.А., 1994; Полиевский С.А., Ильин В.А., Осадченко И.В., 1997)

Развивающая функция

В силу целостности организма учебно-познавательная и развивающая функции неотделимы одна от другой, хотя и различны по своей природе.

Естественный процесс физического развития это изменение морфофункциональных свойств организма в онтогенезе. Он происходит независимо от воли человека и осуществляется по эволюционным законам возрастного развития. В течение жизни

формы и функции человека претерпевают многократные последовательные и неравномерные изменения (Бальсевич В.К., 1988; Лисицын Ю.П., Петленко В.И., 1992).

Физическое воспитание по отношению к физическому развитию выступает как своего рода управляющее начало – источник целесообразно направляющих воздействий (Матвеев Л. П., 1991).

Однако физическое развитие ребенка-инвалида зависит не только от физического воспитания, но и от целой совокупности различных факторов и условий, социальных и биологических (степени основного нарушения, сопутствующих заболеваний), в том числе генетических, которые необходимо учитывать при развитии мышечной силы, быстроты, гибкости, координационных способностей и др. (Григоренко В.Г., Сермеев Б.В., 1991; Осик В.И., Ахромов А.Г, 1993; Скворцов А.Ф., Илларионов В.П., 1993; Курдыбайло С.Ф., 1997).

Развитие аномального ребенка всегда сопровождается нарушением моторных функций, отставанием и дефектами двигательной сферы. От своих здоровых сверстников они отстают на 1-3 года (Щуплецова Т.С., 1990; Дмитриев А.А., 1991; Лебедева Н.Т., 1993; Ростомашвили Л.М., 1997).

Так, по данным А.А. Дмитриева (1991), учащиеся с проблемами интеллекта имеют:

1) нарушения физического развития: отставание в длине и массе тела, ожирение, нарушение осанки, деформацию стопы, нарушения в развитии грудной клетки, низкие показатели жизненной емкости легких, деформацию черепа, лицевого скелета, дисплазию (отклонения органов от нормальной формы и размера);

2) недостатки в развитии основных движений: неточность движений в пространстве и времени; неумение выполнять различные движения; грубые ошибки в дифференцировании мышечных усилий; низкий уровень равновесия; ограниченные амплитуды движений в беге, прыжках, метаниях; отсутствие легкости и плавности в движениях; излишнюю напряженность и скованность движений;

3) нарушения в развитии основных физических качеств: отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и конечностей (на 15-30%), быстроты движений (10-15%), выносливости (20-40%), скоростно-силовых качеств (15-30%), подвижности в суставах (10-20%).

Практика показывает, что инвалидность (из-за потери зрения, слуха, интеллектуальной недостаточности, поражений опорно-двигательного аппарата) в первую очередь приводит к нарушению координации движений. Устойчивость вертикальной позы, сохранение равновесия и уверенной походки, способность соизмерять и регулировать свои действия в пространстве, выполняя их свободно без излишнего напряжения и скованности, те свойства, которые необходимы человеку для нормальной жизнедеятельности, удовлетворения личных, бытовых и социальных потребностей, но именно они чаще всего лимитируют двигательную деятельность инвалида.

Нарушение регуляторных механизмов ЦНС, сенсорных коррекций, обеспечивающих регулирование позы и движений, рецепторных систем (проприорецепции, вестибулярного аппарата), нервно-мышечных механизмов, проводящих путей и других структур, участвующих в управлении движениями, являются главными причинами «разбалансирования» и координационных расстройств в двигательной сфере инвалидов (Вайзман Н.П., 1976; Мастюкова Е.М., 1985).

Реализация развивающей функции предполагает определение приоритетных направлений в развитии физических качеств, исходя из посылок, что, во-первых, все они тренируемы; во-вторых, развитие координационных способностей базируется на широком диапазоне разнообразных двигательных умений. Общеизвестно, что чем выше фонд двигательных умений, тем выше предпосылки для построения новых движений и их преобразования к потребностям жизни. В то же время освоение новых движений сопряжено с необходимостью развития физических качеств (силовых, скоростных, выносливости и др.). Таким образом формируется круг зависимостей обучения и развития, отражающий

их диалектическое единство и взаимосвязь. В-третьих, детский, подростковый и юношеский возраст является благоприятным для эффективного развития двигательно-координационных способностей (Бальсевич В.К., 1996; Лях В.И., 1996).

Для инвалида развитие координационных способностей в школьном возрасте имеет первостепенное значение, так как от достигнутого уровня зависят последующие возможности двигательной активности и самосовершенствования.

Коррекционная функция

Коррекционная деятельность в адаптивном физическом воспитании направлена на обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности, восстановление и совершенствование психофизических способностей, профилактику и предупреждение вторичных отклонений у аномальных детей (Смирнова И.А. с соавт., 1995; Пузанов Б.П., 1996).

В практике физического воспитания здоровых детей коррекционные задачи относят к оздоровительным, профилактическим, решаемым повседневно на каждом уроке (Шитикова Г.Ф., 1986). В специальных медицинских группах решение этих задач требует особо пристального внимания, так как в них входят дети, имеющие временные или постоянные нарушения различных систем и функций организма (заболевания внутренних органов, систем дыхания и кровообращения, гормональные нарушения; дефекты опорно-двигательного аппарата: сколиозы, плоскостопия, нарушения осанки; органов зрения: миопия и др.).

Физическое воспитание в соответствии с требованиями учебной программы для этой категории школьников осуществляют также учителя физической культуры (подчас со всеми учащимися класса одновременно независимо от медицинских групп), где большой удельный вес занимают коррекционные упражнения с использованием элементов лечебной физкультуры. Уроки в групповой или индивидуальной форме носят образовательно-оздоровительный характер и направлены на устранение дефектов,

профилактику вторичных отклонений в состоянии здоровья, закаливание, поддержание работоспособности учащихся за счет щадящих режимов нагрузки. Эта работа требует от учителя дополнительных специальных психологических и медицинских знаний, потребность в которых обусловлена отличием физического воспитания, ориентированного на больного ребенка (Евсеев С.П., Шапкова А.В., Федорова Т.В., 1995).

В работе с аномальными детьми, имеющими стойкие нарушения в развитии, Коррекционная функция является несравнимой по своему значению и объему, пронизывая все направления АФК (Ипполитова М.Б., 1989).

Традиционно коррекционную работу во вспомогательных школах, школах-интернатах и др. образовательных учреждениях ведут психологи и педагоги-дефектологи, изучающие психофизические особенности развития аномальных детей, закономерности их обучения и воспитания.

Дефектология включает четыре раздела специальной педагогики: сурдопедагогику, тифлопедагогику, олигофренопедагогику и логопедию. Основной принцип этих дисциплин ориентация не на дефект и ограниченный им уровень развития, а на потенциальные возможности ребенка (Лапшин В.А., Пузанов Б.П., 1990; Шипицына Л.М. с соавт., 1995, 1996).

Анализ государственных образовательных стандартов коррекционных школ (под ред. Шипицыной Л.М., СПб., 1996) показывает, что роль двигательной коррекции в развитии и воспитании аномального ребенка явно недооценивается, а подготовка педагога-дефектолога не предусматривает специализированного образования в сфере адаптивной физической культуры.

Вместе с тем коррекция нарушений в движении и физическом развитии, психомоторных способностях осуществляется средствами адаптивного физического воспитания на основе дифференцированного и индивидуального подхода к ребенку в соответствии с полом, возрастом, личностной ориентацией,

мотивами, степенью и характером патологии, состоянием сохранных функций и пр. Есть все основания для признания коррекционной функции как специфической функции адаптивного физического воспитания – дисциплины, призванной реализовать коррекционно-педагогическую деятельность среди детей-инвалидов.

Предпосылками к этому являются:

1. общность методологических концепций, базирующихся на знании закономерностей психического и биологического функционирования организма с патологическими нарушениями;
2. один и тот же объект педагогической деятельности аномальные дети с конкретными нарушениями в условиях двигательной, сенсорной, интеллектуальной депривации;
3. общая цель педагогической деятельности – формирование психологии равной личности, самостоятельности, возможности выбора, развитие потенциальных способностей, социализация и интеграция в обществе;
4. различия заключаются в путях достижения цели; если в дефектологии преимущественно используются психологические средства и методы (психодиагностика, психокоррекция, психоконсультирование), то в адаптивном физическом воспитании средства и методы активизации движений (обучение, развитие, коррекция), которые являются естественной потребностью и условием жизнедеятельности аномального ребенка.

Профессионально-подготовительная функция

Адаптивное физическое воспитание помимо перечисленных имеет еще одну важную педагогическую функцию – подготовить инвалида к будущей профессиональной деятельности. Актуальность этой функции обусловлена тем, что по окончании учебного заведения (школы, ПТУ, техникума, вуза) перед инвалидом встает проблема занятости, конкурентоспособности на рынке труда, удовлетворения потребности в деятельности, материальной независимости

существования, самореализации в деятельности, психической готовности к интеграции в общество и др. (Кавокин С.Н., 1997).

В условиях учебного заведения эта работа осуществляется объединенными усилиями врачей, педагогов, психологов, воспитателей, мастеров производственного обучения. Каждое учебное заведение имеет набор специальностей, по которым осуществляется профессиональная подготовка инвалидов, учебную программу и специалистов (Сторожева Л.А., 1992; Иванов Г.Г., Миненко А.Б., 1997).

Процесс формирования профессиональной пригодности учащихся с дефектами физического развития начинается с раннего выявления у аномального ребенка предпосылок профессиональных способностей и предлагает решение следующих задач:

1. Коррекцию основного дефекта за счет использования сохранных возможностей.
2. Совершенствование и тренировку отстающих в своем развитии профессионально значимых функций.
3. Развитие профессиональных интересов и склонностей в соответствии с возможностями организма, создание устойчивых социальных и профессиональных установок.

Подбор профессий имеет свои особенности и трудности, так как внутри каждой нозологической формы имеется широкий диапазон нарушений. Рассмотрим это положение на примере зрительной патологии.

По международной классификации ВОЗ все лица с выраженным снижением зрительных функций подразделяются на три группы: слепые (с остротой зрения 0-0,03), слабовидящие (0,04-0,20), со сниженным зрением (0,3-0,4). Соответственно этой классификации разработаны медицинские критерии профориентации отдельно для каждой группы, где указаны характер дефекта, степень его выраженности, показанные факторы условий труда, профессии и специальности, а также форма трудового устройства.

Не менее сложной является проблема переориентации и освоения новой профессии (или специальности) лицами, внезапно получившими инвалидность в результате ампутации конечности, потери слуха, зрения и т.п. Помощь специалиста адаптивной физической культуры состоит в том, чтобы за счет двигательной активности максимально улучшить общее физическое состояние, помочь овладеть необходимыми формами движений, подготовить сенсорные системы к новым условиям труда, развить физические и психические качества, необходимые в конкретной профессиональной деятельности.

Коррекцию функции двигательной системы и формирование физической готовности к труду осуществляют преподаватели адаптивного физического воспитания. При этом специальными задачами в работе с детьми, имеющими нарушения зрения, предусматриваются:

1. Коррекция скованности и ограниченности движений.
2. Развитие функции равновесия.
3. Развитие навыков ориентирования на слух.
4. Развитие мышечного чувства.
5. Развитие зрительного восприятия и улучшение функций глазодвигательного аппарата.

При проведении занятий, включающих элементы профессиональной физической подготовки, важно соблюдать меры предосторожности по предупреждению травматизма, а также индивидуально нормировать физическую нагрузку, неадекватность которой может спровоцировать прогрессирование болезни.

Такой, достаточно узкий подход к задачам и реализации физической подготовки к будущей профессии рассматривается специалистами коррекционной педагогики.

В теории физической культуры разработаны фундаментальные концепции профессионально-прикладной физической подготовки, которые предусматривают широкий целенаправленный круг воздействий на организм человека, основанный на моделировании условий и характера деятельности в будущей профессии.

Для составления профессионально-подготовительной программы необходимы следующие знания: характеристика трудовой деятельности, основные факторы утомления, степень нервного и физического напряжения, монотонность, рабочая поза, характер двигательного режима, продолжительность рабочего дня, условия труда (шум, вибрация, температура воздуха, ограниченная площадь и т.п.), характер функциональной нагрузки (на зрение, слух, сердечно-сосудистую и дыхательную системы, опорно-двигательный аппарат), особенности распределения внимания, возможные профзаболевания и т.п.

Создание подобной программы для инвалидов требует включения специальных знаний, конкретных двигательных умений, развития профессионально важных психомоторных качеств, подготовки сенсорных систем, повышения устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды и профилактики профзаболеваний.

При участии большого количества специалистов в области профессиональной подготовки инвалидов часть ее, несомненно, является самостоятельным разделом адаптивного физического воспитания (от составления программы до ее реализации) и осуществляется средствами физического воспитания, поэтому представляет специфическую педагогическую функцию, включая в себя учебно-познавательную, развивающую, коррекционную и воспитательную деятельность.

Воспитательная функция

Процесс педагогической деятельности в сфере адаптивного физического воспитания, несомненно, влияет на развитие личности человека с физическими недостатками и ограниченными возможностями, так как деятельность всегда инициирует психические, интеллектуальные проявления, формируя определенные отношения к себе и окружающим, ценностные ориентации, мотивы и потребности, т.е. оказывает воспитательное воздействие на личность.

На воспитание личности ребенка-инвалида оказывают влияние среда, семья, учителя и преподаватели других дисциплин, врачи, психологи, друзья, сверстники в школе и вне ее.

К воспитательной функции адаптивного физического воспитания правомерно отнести лишь те ее проявления, которые являются прямым результатом педагогической деятельности на занятиях физическими упражнениями. Поэтому методика проведения урока, стиль поведения и профессиональные знания и умения учителя, организация взаимодействия учащихся, создание психологического климата определяют степень адаптации ребенка к двигательной деятельности и успешность воспитания.

К основным педагогическим требованиям, соответствующим формированию личности ребенка-инвалида на уроке физической культуры, относятся следующие:

- учет индивидуальных особенностей каждого ученика (морфо-функциональное развитие, состояние сохранных функций, медицинские противопоказания, состояние двигательных функций и координационных способностей, уровень физической подготовленности, способность к обучению движениям, отношение к занятиям физическими упражнениями (интересы, мотивы);
- адекватность средств, методов и методических приемов обучения двигательным действиям, развития физических качеств, коррекции психомоторных нарушений и профессиональной физической подготовки, оптимизация нагрузки, сообщение новых знаний;
- эмоциональность занятий (музыка, игровые методы, нетрадиционное оборудование и пр.);
- создание условий реального выполнения заданий, оказание помощи, обеспечение безопасности;
- поощрение, похвала, одобрение за малейшие успехи;
- контроль и самоконтроль за динамикой результатов учебно-познавательного процесса и функциональным состоянием занимающихся.

К психологическим требованиям относятся:

- создание психологического климата на занятии (позитивный настрой, положительная мотивация, поддержание эмоций и ощущений радости, бодрости, оптимизма, комфорта), влияющего на проявление и развитие своего «Я»;
- сплоченность группы (постановка общей цели, объединение общими интересами, взаимопомощь, взаимопонимание, симпатия, эмпатия, ролевые функции);
- стиль общения (равный статус, доброжелательность, доверие, авторитет и личный пример учителя, его открытость, выраженное внимание к каждому ученику), привносящий в жизнедеятельность группы духовные ценности;
- примирительные акты в случае конфликтов: исключение ощущений дискомфорта, неуверенности, агрессии, враждебности, гнева, которые могут наступить вследствие неустойчивого психического самочувствия, перенапряжения, боли, неудачи, вербальных или невербальных разногласий, эмоционального неудовлетворения, отсутствие внимания и др. Способами разрешения конфликтов могут быть нежность, юмор, шутка, компромиссы, уступки, обоюдный анализ ситуации, концентрация на положительном, позитивном, переориентировка внимания на саморегуляцию, самоконтроль, установление равновесия между внешними влияниями, внутренним состоянием и формами поведения.

Адаптивное физическое воспитание, продолжаясь в течение длительного периода жизни, не только оказывает разностороннее влияние на организм учащихся-инвалидов, но и формирует новое осознание собственного «Я», понимание необходимости самовоспитания, которое выступает как средство саморазвития природных свойств, компенсации двигательной недостаточности, укрепления здоровья, телесных сил, расширения психомоторных возможностей для нормальной жизнедеятельности.

Сущность самовоспитания состоит в осознанном самоизменении личности. Переживание знаний о положительных качествах и недостатках способствует становлению целей и мотивов, поиску

эффективных средств для систематической и самостоятельной работы над собой. Принципиальное значение имеет переход воспитания в самовоспитание, от внешних нравственных норм и требований поведения к внутренним (Рувинский А.И., Соловьева А.Е., 1982; Кон И.С., 1984). На этот процесс оказывает влияние взаимодействие личности с внешним миром. Чем шире круг общения с другими людьми в процессе активной практической деятельности, тем больше возможностей для сопоставления, сравнения оценок и уточнения или подкрепления собственной позиции.

Самовоспитание включает:

- *самоанализ, самонаблюдение* — анализ своей деятельности, поступков, причин успехов и неудач, наблюдение за физическим состоянием, пониманием собственного «Я», самочувствием, настроением и т. п.;
- *самоконтроль, самооценка* — контроль за своими действиями, поступками и их оценка, основаны на регистрации собственных показателей и субъективных ощущений под влиянием физических упражнений (ведение дневника, учет динамики показателей физической подготовленности, настроения, самочувствия и т. п.).

По мнению К. Роджерса (1994), самооценка обеспечивает человеку ориентацию в окружающей социальной среде, согласованность его внутренних требований к себе с внешними условиями. Важнейшим условием психической цельности индивида Роджерс считает гибкость в оценке самого себя и умение изменять ранее возникшую систему ценностей;

- *самообразование, самопознание* — самостоятельное пополнение знаний о строении, функционировании и развитии организма, о познании своих собственных возможностей;
- *саморегуляция* двигательной активности, которая воплощается в осмысленную потребность самосовершенствования, и в разных жизненных ситуациях достигается различными приемами самовоспитания – *самодисциплиной*,

самоорганизацией, самоприучением, самокоррекцией, самонаблюдением, самомобилизацией, самовнушением, самоограничением и др.

Взаимосвязь приемов самовоспитания в процессе физического воспитания формирует убеждения, мотивы, установки и такие черты характера, как чувство собственного достоинства, здоровое честолюбие, терпение, твердость, настойчивость, ответственность и др.

Этот процесс не всегда протекает гладко. Возрастные психологические особенности накладывают свой отпечаток на самовоспитание ребенка, подростка, юноши. Так, утверждение своей самостоятельности и свободы, характерные для притязаний подростков, часто вступают в противоречие с их реальными возможностями, проявлениями максимализма, неумением соотносить свои силы.

Важно заметить, что самовоспитание это не автономный процесс. Направляющая роль на уроке принадлежит учителю физического воспитания, хотя формы и степень педагогического руководства самовоспитанием меняются в зависимости от меры созревания личности. Постепенно, усиливая функции самовоспитания, педагог вовлекает в этот процесс учащихся-инвалидов, предоставляя им расширенные возможности для проявления инициативы и самостоятельности, а затем полностью передает им свои функции.

Таким образом, взаимодействие направляющей роли воспитателя и сознательной активности занимающихся ведет к постепенному перерастанию адаптивного физического воспитания в самовоспитание, которое в последующие годы явится фундаментом и предпосылкой активного использования ценностей адаптивной физической культуры, физического и духовного самоутверждения, формирования здорового стиля жизни, социализации и интеграции инвалидов в общество.

В этом и состоит идея гуманистического подхода к личности как высшей ценности во всей его телесной и духовной неповторимости и уникальности.

Социальные функции

Адаптивное физическое воспитание, взаимодействуя в системе общественных отношений с другими социальными институтами, процессами и явлениями, формирует связи, отражающие ее социальные функции. К ним относятся следующие: социализирующая, интеграционная, коммуникативная. Такое выделение социальных функций весьма условно, так как они органично вплетаются в педагогический процесс, но могут существовать и независимо от физического воспитания.

Социализирующая функция

Стержневой проблемой специального образования аномальных детей является социализация – процесс социального развития личности ребенка, усвоения им определенной системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве равноправного члена общества.

Для ребенка с отклонениями в развитии приобрести социальный опыт, стать личностью – значит, иметь перспективу устранения барьеров в образовании, культуре, физическом и интеллектуальном развитии, коммуникации, профессиональной подготовке.

Социализация – сложный системный процесс, имеющий различные стадии, периоды, этапы, фазы, развиваемый непрерывно и дискретно, дифференцированно и интегрированно, с тенденцией поступательного движения, необратимости, преемственности. Он имеет глубинное значение в системе различных наук, изучающих становление и развитие личности как общественного существа. Основой этого процесса является теоретическое положение о деятельности сущности человека. При этом выделяют две формы деятельности: социально-общественную (освоение и познание окружающего мира) и индивидуально-самостоятельную (познание себя и самовоспитание).

Сложность проблемы во многом определяется социально-экономической структурой общества, зрелостью общественного сознания, профессионализмом и компетентностью специалистов,

осуществляющих педагогическую деятельность, условиями и требованиями образования на современном этапе его развития.

В этой ситуации важно определить место АФК и степень ее участия в процессе социализации личности аномального ребенка. Есть мнение, что двигательная активность и в особенности спорт, являются самыми эффективными средствами социализации личности и ребенка, и взрослого человека.

По мнению многих авторов, первичной инстанцией, где зарождается социализация, является семья. Ребенок сознательно или бессознательно усваивает манеры поведения, установки, привычки в соответствии с критериями и ценностными представлениями родителей, братьев, сестер. В раннем дошкольном возрасте семья самым различным образом может способствовать (или препятствовать) физической активности ребенка. Здесь важно отметить, что передача различного рода сведений, познание окружающего мира, становление моторики, формирование духовного и эмоционально-психического развития осуществляются преимущественно через игру.

В последующие периоды жизни (младший, средний, старший школьный возраст) ключевые позиции социализации переносятся на учебную деятельность. Тем не менее игра по-прежнему останется инновационным потенциалом, неисчерпаемым источником, актуализирующим процесс формирования личности и его социализации.

Игра влечет к себе тем, что в ней реальное и воображаемое сближаются и сочетаются, незаметно переходя из одного в другое, при этом в душе ребенка доминируют чувства, эмоции и фантазия. Входя в ту или иную роль, ребенок вживается в разнообразные социальные образы, потому что в игре чаще всего изображается живое (человек, животное и т.п.), знакомится с многообразием социальной действительности; вступая в общение, он познает внутренний мир и отношения людей, секреты их взаимодействий, переживает радость победы и поражения. Сначала он подражает,

затем «прозревает» и понимает, а в дальнейшем сам определяет свою роль, социально-психологические установки и ориентиры.

Есть концепция, объясняющая продолжительность детства, которое, как известно, у человека, в отличие от животных, составляет приблизительно треть жизни. В.В. Зеньковский еще в 1924 г. высказал гипотезу о том, что «игры нужны не только для психофизического созревания, они не менее (если не более) нужны для социально-психического созревания»¹. Прежде чем войти в реальную жизнь, ребенок должен пройти фазу свободного своего проявления, чтобы оформиться, окрепнуть, приобрести независимость и социальный опыт. Детство, по мнению автора, определяется тем, что именно игре принадлежит основная роль в формировании физической, психической, социальной активности. Детство продолжается до наступления зрелости, расцвета сил и самостоятельности, при этом биологическая зрелость наступает намного раньше зрелости социальной.

Для детей-инвалидов игровой метод представляется наиболее целесообразным. Нарушение нормальных контактов, вызванных патологическими нарушениями, незрелость эмоциональной и волевой сферы, недостаточная самостоятельность, неумение преодолевать трудности и ориентироваться в жизненных ситуациях, нереализованная потребность в признании и самоутверждении – отчетливые признаки социально-психической дезадаптации.

Игра активизирует образно-эмоциональное мышление, внимание, память, снимает умственное утомление, повышает самоотдачу, создает творческую атмосферу, способствует устранению замкнутости, застенчивости. Игра позволяет моделировать ролевые отношения, вступать во взаимодействие с партнерами, что необходимо для формирования навыков общения среди детей-инвалидов.

Целенаправленно подобранные подвижные игры, эстафеты, игровые задания, игровые композиции, игры-сказки, игры с речитативами и счетом, имитационные игры и др. развивают мелкую моторику, координацию движений, равновесие, точность,

дифференцировку усилий, улучшают качество звукопроговаривания, помогают освоению элементарных математических представлений и т.п., т.е. стимулируют развитие физических, психомоторных и интеллектуальных способностей детей.

Естественно, что в разных нозологических группах детей содержание игровой деятельности (по направленности, сложности, продолжительности) неодинаково и лимитируется сохранностью интеллекта, моторной мобильностью, физической подготовленностью, возрастом и др. факторами. Тем не менее все дети независимо от характера нарушений предпочитают игру другим формам двигательной активности, так как она удовлетворяет естественную потребность в игре и движении и является средством самовыражения.

Таким образом, игра как средство и метод двигательной активности, используемая в адаптивном физическом воспитании, синтезирует в себе те функции, которые сопутствуют социализации ребенка-инвалида.

Интегративная функция

Образование детей-инвалидов и детей с отклонениями в развитии осуществляется в социальных учебных заведениях. Однако практика показывает, что часть детей с патологическими нарушениями учится в массовой школе среди здоровых сверстников. Это так называемое интегрированное обучение.

Частично осуществляемая в образовательном процессе интеграция не самоцель, а одно из возможных направлений реабилитации и подготовки детей-инвалидов к будущей самостоятельной жизни и интеграции в обществе.

В последние годы в Институте коррекционной педагогики РАО и других учебных и научных заведениях ведется целенаправленная разработка моделей интегрированного обучения, включающая поиск критериев отбора детей для интегрированного обучения с учетом их возраста, характера первичного дефекта и особенностей

проявления вторичных, а также социального окружения и возможностей эффективной коррекционной помощи детям с нарушением слуха, зрения, проблемами интеллекта, с последствиями детского церебрального паралича, Л.М. Шипицына на стадии перехода от дифференцированного обучения детей в специальных учреждениях к интегрированному выделяет 2 типа интеграции: интернальную и экстернальную. Интернальная интеграция – объединение внутри системы специального обучения, экстернальная предполагает взаимодействие специального и массового обучения.

Определение сроков начала интегрированного обучения решается индивидуально по отношению к каждому ребенку и по желанию его родителей. В первую очередь это зависит от выраженности отклонений в развитии. Так, дети с легкими отклонениями могут быть интегрированы в социум с раннего дошкольного возраста и начальной школы. Детей с более серьезными нарушениями целесообразно интегрировать в массовую школу после начального обучения, а для детей с тяжелыми и сложными отклонениями интегрированное обучение в общеобразовательной школе невозможно, оно реально только в специальной школе, то есть по типу интернальной интеграции.

Проблемы интегрированного обучения, изучаемые педагогами-дефектологами, к сожалению, не затрагивают физического воспитания, где совместные занятия физическими упражнениями являются естественной формой двигательной активности и, следовательно, открывают большие возможности для реализации этой идеи.

Такая интеграция приносит пользу не только детям с проблемами развития и инвалидам, но и учащимся массовых школ, которые, приобретая друзей из специальной школы, учатся проявлять сострадание не только к этим детям, но и к взрослым и пожилым людям со специальными нуждами, права которых ущемлены, что способствует в дальнейшем пониманию и уважению прав любого человека.

В таких странах, как США, Япония, Германия, Италия, Швеция, Дания, Бельгия и др. интегрированное обучение существует давно и имеет законодательные основы. Цель его в том, чтобы содействовать независимости и интеграции детей с отклонениями в развитии и помогать их семьям. Причем термин «отклонение в развитии» трактуется как тяжелая хроническая или умственная недостаточность, которая проявляется до 22 лет, трудно поддается лечению, приводит к функциональным ограничениям основных областей жизнедеятельности, таких, как самозащита, способность воспринимать и воспроизводить речь, обучаемость, мобильность, самоориентация, способность к независимой жизни и материальному обеспечению. В США на сегодняшний день проживают примерно 3 миллиона человек с отклонениями в развитии (Косарев Е.Д., 1995).

В настоящий момент в России «отстаиваются» положения, наиболее полно обеспечивающие возможность включения детей с проблемами в развитии и инвалидов в общеобразовательный процесс, при котором дети будут получать полноценное образование, индивидуализированное, доступное, основанное на потребностях и возможностях ребенка и направленное на максимальную их реализацию, чтобы обеспечить наиболее адекватные условия социализации.

Наше общество пока не готово к признанию инвалида как равной личности, а интегрированное обучение требует создания адаптированных учебных программ, оборудования, технических средств, материальных вложений, от педагогов – другого уровня мышления и профессиональной подготовки, широкой компетентности, опыта и мастерства.

Создание концептуальных основ и практической реализации интегрированного обучения требует своего решения на государственном уровне.

Коммуникативная функция

Эта функция теснейшим образом связана с социализирующей и интегративной. Общение как социальный процесс имеет особое значение для детей-инвалидов, поскольку входит в содержание человеческого взаимопонимания.

Дети-инвалиды с нарушением сенсорных систем, речи, опорно-двигательного аппарата, а также аномальные дети – воспитанники детских домов и надомного обучения имеют меньшую мобильность, а следовательно, и ограниченные возможности общения. В общении отражается потребность человека в эмоциональном контакте с другими людьми, в проявлении своих чувств и ответном понимании, ощущении включенности в какую-либо деятельность. Способы взаимодействия людей в процессе общения многообразны. Они включают: убеждение, подражание, внушение, побуждение, одобрение и др., которые реализуются с помощью речи. Несомненно, что эти и многие другие формы находят свое выражение в процессе адаптивного физического воспитания.

Но сложность обучения среди детей-инвалидов заключается в том, что многие из них имеют отклонения в развитии речи. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия, заикание. В качестве вторичных нарушений выступают ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, отклонения в эмоционально-волевой сфере и слаборазвитой речевой функции.

Речевыми отклонениями сопровождаются также сложные дефекты (сочетание двух и более дефектов развития). Дети с такими дефектами – особая категория аномальных детей, в которой выделяют следующие группы: умственно отсталые, слепые и слабовидящие; умственно отсталые, глухие и слабослышащие; глухие слабовидящие; слепоглухие; глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др. Сочетание дефектов искажает развитие этих детей в большей степени, чем аномальных детей других категорий.

Коррекции дефектов произношения, речи, письма придается большое значение. Осуществляют ее логопеды, врачи, психологи. Согласно теории Л.С. Выготского центральной областью коррекции

и компенсации дефекта является формирование высших психических функций и, в первую очередь, речи как средства общения.

Урок адаптивного физического воспитания предполагает достаточно широкий спектр общения, основанный на прямой и обратной связи (учитель-ученик, ученик-ученик). В зависимости от сохранности речевой функции занимающихся общение может принимать различные формы: вербальные и невербальные. Так, глухие и слабослышащие дополнительно используют дактильную речь с помощью пальцев как заменитель устной речи и «чтение с лица», обеспечивающие общение и понимание партнера.

Таким образом, можно выделить некоторые особенности общения на уроке адаптивного физического воспитания:

1. В случае когда речевая функция сохранна, общение не встречает особых преград и учащиеся получают всю необходимую информацию, используя традиционные формы общения.
2. Специфической особенностью двигательной деятельности на уроке являются совместные действия при выполнении физических упражнений, когда взаимопонимание достигается без слов (парные и командные упражнения, эстафеты, подвижные и спортивные игры и т.п.). Это не значит, что общения не происходит. Сам характер двигательной деятельности формирует определенную структуру взаимоотношений: согласованные по точности и координации движения, перемещения в пространстве, поддержки, помощь, страховку и др., которые представляют собой невербальное двигательное общение. В результате такого общения дети-инвалиды ближе узнают друг друга, вместе переживают радости и огорчения, сравнивают и оценивают действия и поступки других и свои собственные, формируются взаимоотношения доверия, симпатии, определяется отношение не только к физическим упражнениям, но и ко всему окружающему, вырабатываются внутренние установки, усваивается степень поведения, привычки и т.п.

3. При нарушении речевой моторики урок адаптивного физического воспитания представляет собой благоприятное поле деятельности для сопряженного решения задач физического воспитания и коррекции речевых нарушений (формирование фонематического слуха, четкой артикуляции, увеличения словесного запаса и т.п.) путем подбора специальных упражнений с использованием игрового метода и речитативов. Это положение иллюстрирует практическую реализацию межпредметных связей и реальное участие адаптивного физического воспитания в коррекции речевой функции, а следовательно, и расширения возможностей общения.