

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА

факультет клинической психологии
кафедра клинической психологии

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

НА ТЕМУ:
«ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ-УЧАСТНИКОВ АБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ»

Выполнил:
обучающийся программы специалитета
по специальности
37.05.01 Клиническая психология
Нурмагомедова Пери Сефибеговна

подпись

Научный руководитель:
доцент кафедры общей психологии,
кандидат психологических наук
Шалина Ольга Сергеевна

подпись

Результаты автоматизированной проверки текста на наличие заимствований
«Антиплагиат ВУЗ» _____

Допустить к защите

Заведующий кафедрой клинической психологии, профессор, д.м.н. Н.А. Сирота

подпись, дата

Оценка _____

Дата защиты _____

С выпускной квалификационной работой можно ознакомиться на кафедре клинической психологии и в фундаментальной библиотеке ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Москва, 2022

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	8
1.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ	10
1.2. ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ.....	12
ГЛАВА 2: НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	18
2.1. КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	19
2.2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	21
ГЛАВА 3: КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ	26
3.1 ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ	27
3.2 КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.	29
ГЛАВА 4: ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММАХ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.	31
4.1. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ	32
4.2. РЕЗУЛЬТАТЫ.....	35
4.3. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	49
ВЫВОДЫ	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	54
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:	55
ПРИЛОЖЕНИЕ	59

ВВЕДЕНИЕ

Здоровый и счастливый ребенок - мечта каждого родителя. Умение и сила открывать для себя новый мир благодаря постоянному прогрессу развития впечатляет, особенно в первые годы жизни ребенка. Но не все дети могут успешно исследовать себя и свое окружение. Иногда в процессе развития ребенка появляются препятствия и трудности. Например, такими нарушениями являются отклонения психомоторного развития, которые возникают у некоторых детей в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Психомоторные отклонения препятствуют процессу развития ребенка, нарушая его характерный ритм и темп. Детские трудности в обучении письму и чтению, проблемы со счетом, понимании команд — это лишь второстепенные и относительно поздние симптомы нарушений психомоторного развития. Однако именно они первыми вызывают беспокойство у родителей. Зачастую только в школьном возрасте, заметив трудности, родители начинают искать их причины и возможности преодоления и компенсации.

Согласно многочисленным данным и методическим рекомендациям, проводить диагностику психомоторного развития в школьном возрасте уже поздно. Чтобы выявить отклонения и уточнить, при необходимости, диагноз, необходимо наблюдать нарушения в психомоторной сфере еще в дошкольном возрасте, а некоторые исследователи даже выявляют первые симптомы в младенчестве.

Первые симптомы психомоторных нарушений обычно проявляются в двигательном поведении ребенка. Наиболее частые признаки нарушения развития — это плохая физическая форма, общее недоразвитие моторики: ребенок плохо бегает, с трудом удерживает равновесие, неуклюж, с трудом учится ездить на велосипеде, не может бросать или ловить мяч, избегает подвижных игр. Он также с трудом учится играть в ритмичные игры, танцевать. В моторных играх наблюдается недостаточные зрительно-моторная координация, ориентация во времени и пространстве. Эти проявления

считаются одним из первых симптомов нарушения в психомоторном развитии. Более детальный анализ двигательной сферы свидетельствует об аномалиях развития как общих координационных способностей.

Количество детей с нарушениями развития быстро растет. Разные биологические, психологические и социальные факторы способствуют увеличению числа детей с психомоторными расстройствами. Психомоторная деятельность как особый вид деятельности человека – это междисциплинарная проблема научных поисков и психолого-педагогической практики, подразумевающая изучение психологии и физиологии произвольных движений, двигательной активности и двигательной сферы в целом. Следует отметить, что исследованию данной проблемы посвящены работы физиологов, где они указывают на значительную роль в развитие психомоторной мозговой активности ребенка и связанная с этим высшая нервная деятельность. Несмотря на значительные научные достижения в различных областях (медицина, психология, педагогика), еще нет четкого представления о психомоторике, ее отклонениях у детей и способах коррекции с помощью физических упражнений, что и определило цель данного исследования.

Сохранение и укрепление здоровья детей является главной задачей общества. Активность является значимой психологической характеристикой личности. Она формирует поведение личности в деятельности, которую связывает с преобразованием, изменением окружающей среды. Говоря о значении движений и практической деятельности детей, надо понимать, что они играют огромную роль в развитии корковых функций, пространственных отношений, когнитивных функций и речи (Biesieda, 2021).

Актуальность

Адекватная сформированность психомоторной сферы является одним из показателей гармоничного развития личности, во многом обеспечивает социальное благополучие ребенка. Педагоги и психологи часто фиксируют значительную долю детей с различными отклонениями в психомоторном

развитии, сопряженными с особенностями их физического и умственного здоровья.

В психологии накоплен определенный теоретический и практический материал по изучению психомоторной сферы. Одни из важнейших — это изучение психомоторного развития детей с ограниченными возможностями здоровья (Е.М. Мастюкова, Е.А. Стребелева); разработка ранней диагностики нервно-психического развития (Л.Г. Голубева, Г.В. Панюхина, К.Л. Печора) и др. Отмечая плодотворность данных исследований, стоит отметить, что проблема развития и нарушений психомоторной сферы актуальна в наше время и постоянно осмысливается психологической наукой (Голубева, Пантюхина, 2021).

Термин «ограниченными возможностями здоровья» (далее – ОВЗ) относится к детям, у которых развитие психических функций отклонено от возрастной нормы из-за врожденного порока или приобретенного органического поражения органов чувств, опорно-двигательной системы или центральной нервной системы (Архипова и др., 2018). Таким образом, в эту группу входят дети с различными нарушениями развития, в том числе: ограниченными интеллектуальными возможностями. Это не медицинский термин, а определение из психолого-педагогической практики, фиксирующее не столько нозологию и патогенез нарушения, сколько социально-педагогический статус ребёнка, его особые потребности при организации обучения и развития. Однако в социальной практике этот термин стал удобным эвфемизмом для обозначения группы детей с нарушениями психического и физического развития.

Один из ключевых моментов, требующих особого внимания в коррекционно-педагогической работе с данной категорией детей, — это недоразвитие их психомоторных функций. Неуклюжесть, несогласованные движения, низкая двигательная переключаемость, несформированность пространственных и временных представлений, высокая утомляемость, неустойчивые эмоционально-волевые реакции и другие симптомы вызывают

различные трудности в дошкольном и школьном возрасте. Это обстоятельство определяет необходимость организовать коррекционно-педагогический процесс (Архипова, 2021). Работа должна строиться с учетом принципа единства познавательного процесса и двигательного акта, роли двигательного анализатора в процессе развития высших психических функций, степени и характера психомоторной сферы, т. е. учитывать неоднородную структуру моторных нарушений. Следовательно, коррекционная работа носит дифференцированный характер. Разный уровень сформированности моторики и разный характер ее нарушения обусловили необходимость дифференцированного подхода к детям в работе по развитию психомоторной сферы.

Объект: психомоторное развитие в детском возрасте.

Предмет: динамика показателей психомоторного развития детей-участников абилитационных программ.

Цель: выявить динамику показателей психомоторного развития детей-участников различных абилитационных программ адаптивной физической культуры.

Для реализации цели исследования ставятся следующие задачи:

- Описать процесс формирования психомоторной сферы у детей.
- Описать варианты нарушения психического развития детей.
- Описать основные подходы к нейропсихологическому обследованию детей и диагностике уровня психомоторного развития детей с нарушениями психического развития.
- Исследовать психомоторную сферу детей с нарушениями психического развития, принимающих участие в программах адаптивной физической культуры.
- Выявить динамику психомоторного развития детей-участников абилитационных программ адаптивной физической культуры.

Гипотеза исследования: Основные показатели психомоторного развития детей-участников абилитационных программ адаптивной физической культуры (далее – АФК) будут значимо улучшаться.

Частные гипотезы:

1. При первичном обследовании детей с ОВЗ будут наблюдаться симптомы утомляемости, инертности, импульсивности, низкого уровня сформированности орального праксиса, слабость при воспроизведении ритмов, недостаточность произвольного внимания, зрительно-пространственного гнозиса и зрительно-моторной координации. В выполнении проб на мелкую моторику ожидаются грубые ошибки.

2. По завершению специализированных программ АФК эти показатели будут значимо улучшены.

3. Будут наблюдаться значимые различия в динамике показателей психомоторного развития между детьми, принимающими участие в групповых программах, и детьми, занимающимися с тренерами АФК индивидуально: более выраженная положительная динамика предполагается у детей, занимающихся индивидуально.

Методы исследования: библиографический; эмпирический (квазиэкспериментальное исследование, сравнение групп).

Глава 1. Психомоторное развитие в детском возрасте

Психомоторика позволяет детям обогащать игру и активность, разрабатывать роли и правила для себя, развивать понимание себя и других, улучшать свои коммуникативные способности и навыки социализации в процессе поиска удовольствия и развивать самоконтроль. Это также помогает сформировать здоровую личность через опыт поведения и активности путем отказа от системы заслуг, которая фокусируется на ошибках, слабостях, ненормальном поведении и недостатках детей (Do-Jin KIM, 2017). Одним из законов психологического развития в онтогенезе, сформулированных Л.С. Выготским, является закон гетерохронии: разные психические функции формируются в онтогенезе неравномерно, одни развиваются быстрее, другие отстают: каждая психическая функция имеет свою хронологическую формулу, свой цикл развития.

Неравномерное развитие каждой функции в онтогенезе приводит к необходимости перестройки связей между различными функциональными системами. «Необязательные функции, демонстрирующие временной, переходный характер некоторых психических образований, формируются вместе с постоянными иерархическими согласованиями между психическими функциями» (Лебединский, 2003). В определенные периоды «нарастания» психической функции может возникнуть ситуация, когда уже сформированные связи ограничивают и сдерживают ее дальнейшее развитие. Количественные изменения и перестройка функции требуют преодоления старых «отработанных» межфункциональных связей и формирования новых, более адекватных. Особенности согласованности психических функций в определенные периоды развития являются важным диагностическим признаком вместе с показателями психологической зрелости различных психических функций (Макарова).

Сегодня многие дети страдают различными заболеваниями, и многие из них нуждаются в реабилитации (Семаго, Семаго, 2000). Проблемы, связанные с задержкой психического и речевого развития, аутоподобным поведением, социальной адаптацией детей с ОВЗ, активно рассматриваются в коррекционной психолого-педагогической литературе. Для детей с ОВЗ предлагаются различные методы абилитации, так как большая часть детей не способная самостоятельно адаптироваться к социальной жизни (Стрельникова, Веселкова, 2019).

Сенсомоторное развитие, ведущее к постепенному приобретению жизненных навыков, имеет решающее значение для маленького ребенка и его растущего организма. Выделяются три этапа в двигательном развитии. Во-первых, плавные и спонтанные движения «грациозного и элегантного» ребенка, выражение его благополучия и жизненной силы. Во-вторых, возникновение намеренных и целенаправленных действий. И, наконец, развитие символических актов и повышение технической способности использовать игрушки в воображаемой игре.

Моторика – один из важнейших путей осуществления таких функций, как овладение, интеграция, проверка реальности (самосохранение) и контроль импульсов. Этот ранний детский период быстрого двигательного развития. Многие формы психопатологии развития сопровождаются двигательными нарушениями или недостаточным овладением двигательными навыками, дезинтеграцией. С этой клинической точки зрения, данные психопатологии подразделяются на: перинатальные осложнения и двигательные нарушения; дефициты внимания и/или гиперактивность, трудности в развитии детей с низкой массой тела при рождении; нарушение координации и стереотипные движения (Стрельникова, Веселкова, 2019).

1.1. Общая характеристика психомоторной сферы детей

Физиологическое развитие всех органов и систем организма имеет большое значение в здоровья детей. Особое внимание уделяется детям с ограниченными возможностями здоровья. Работы, направленные на изучение психомоторной сферы, приобретают особую ценность для разработки педагогических мероприятий, необходимых для коррекции психофизического развития дошкольников.

Психомоторная активность ребенка проявляется как интегральный результат работы центральной нервной системы и двигательной систем, «моториума». Характерной чертой первых этапов онтогенеза является синкретизм, когда психика и моторика находятся в неразрывном единстве. Именно поэтому оценка развития ребенка должна осуществляться в соответствии с характеристиками психомоторики. А некоторые процессы или функции должны оцениваться только во взрослом возрасте, когда они разъединяются и достигают относительной самостоятельности (Морозова, 2016).

Психомоторное развитие детей подразумевает три необходимые компонента:

- Формирование физической культуры.

Целью обучения в течение этого цикла жизни является то, что дети научаются использовать свои возможности для развития физической культуры и моторной сферы, чтобы в дальнейшем обязательно применять ее на протяжении всей жизни.

- Связь развития тела, моторики с речевым общением, развитием речевых функций в целом.

Связь между телом и речью составляет процесс развития у детей эффективных, сознательных и устойчивых моторных реакций. Дети способны общаться, формулировать и оценивать свои возможности, прежде всего – моторные, физические.

- Связь между физическим развитием и коммуникацией и реализацией личностного потенциала в обществе.

Психомоторное развитие ребенка (с рассмотрением единых устойчивых регулярных взаимосвязей онтогенеза) является базисным уровнем в психическом развитии, а также принципом полноценного обучения в школе и неотъемлемой частью формирования учебных навыков (Морозова, 2016). Успешное овладение чтением, письмом, рисованием и другими видами учебной деятельности связано не только с уровнем психомоторного развития, но и показателями тревожности, самооценки ребенка, развития и становления его эмоционально-волевой сферы.

Для формирования психологической готовности ребенка с ОВЗ к школьному обучению исключительное значение приобретает именно психомоторная коррекция. Влияя на сенсомоторный уровень с учетом основных закономерностей развития ребенка, занятия психомоторной коррекцией стимулируют развитие всех высших психических функций, речи и интеллект дошкольника.

Так, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата характерно замедленное развитие возрастных новообразований, более поздняя организация механизма произвольной регуляции и эмоционально-волевой сферы. Такие дети выделяются пассивностью и апатией общей и мелкой моторики, отклонением межполушарного взаимодействия и пространственного восприятия. Несостоятельность развития процессов саморегуляции и самоконтроля приводят к сложностям в формировании собственной деятельности и в управлении поведением. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата не могут справляться с трудностями, придерживаться своих действий, определенных правил и требований. Нарушения эмоционального характера провоцируют неуспешность в социальных коммуникациях, и у детей уже в дошкольном возрасте формируются такие неблагоприятные черты характера, как самолюбие, неустойчивость, строптивость, упорство (Морозова, 2016).

1.2. Возрастные закономерности формирования психомоторной сферы

Физическая активность является важным фактором, побуждающим ребенка выражать и передавать свое физическое состояние через чувства, эмоции. Это непрерывное взаимодействие между двигательной и языковой деятельностью является источником прогресса для ребенка, как в аспекте лингвистического обогащения, так и повышения эффективности его двигательного поведения.

У детей 3-х лет очень ограничена возможность самоуправления. Дети могут воспринимать только простые реакции, например, «поймай меня», «возьми мяч», «сядь» и т.д. Реакции трехлетних детей на возможность самостоятельно действовать очень ограничены. Более подробные указания или инструкции, наоборот, легче понять, т.к. они четко связаны с практической демонстрацией движений. Особенно в тех случаях, когда дети занимаются спортом самостоятельно.

Ритм моторного поведения дошкольников, как правило, быстрый, характеризуется значительной импульсивностью. Дети проявляют очевидную потребность двигаться непрерывно и по-разному, будучи более активным, чем в младшем возрасте (Johnstone, 2011).

Психомоторное развитие младенцев обеспечивает детей несколькими необходимыми навыками, важными для хорошей школьной успеваемости. Наибольшее значение для профилактики трудностей в обучении играет развитие конкретных навыков. В раннем возрасте, от 3 до 5 лет, дошкольники приобретают набор двигательных навыков, позволяющих постепенно контролировать свое тело. Некоторые из них, необходимые для развития детей в этом возрасте, приобретаются в простых движениях. Этот период имеет важное значение для развития основных двигательных навыков.

Дети от природы любопытны, любят играть и исследовать. Эти навыки движения осваиваются очень легко, особенно, когда появляется возможность играть и быть физически активным. Школы и детские сады обеспечивают

идеальную среду для этого развития. Родители, учителя и воспитатели должны создавать соответствующие возможности для различных двигательных практик детей в подходящих местах, оборудованных специализированными материалами и подготовленными для проведения конкретных мероприятий. Воспитатели и учителя должны знать и иметь в виду особенности и потребности детей, организуя занятия по физическому воспитанию (физкультуре), так как психомоторное развитие ребенка в раннем и дошкольном возрасте различается и тесно связано с общими познавательными функциями, общей моторикой, мелкой моторикой рук, зрительно-моторными координациями и речью (Морозова, Гарусова, 2016).

Существенно проанализировать и социально-эмоциональное развитие.

Эффективность и культура общения ребёнка со взрослыми, и активное эмоциональное восприятие окружающей среды в первые годы жизни особенно значимо для психического развития. Умственное и социально-эмоциональное развитие тесно связаны друг с другом.

Условно выделяется три этапа социально-эмоционального развития:

1. Первый этап (от рождения до 5 месяцев). Характеризуется развитием недифференцированных привязанностей к лицам, ухаживающим за ребенком. Ребенок радуется общению со взрослым, стремится к телесному контакту, улыбается при ласковом обращении к нему.

2. Второй этап (от 5-6 месяцев до 1 года). Ребенок сильно привязывается к лицу, который больше всего о нем заботится. В его присутствии он улыбается, выражает недовольство при его уходе, гулит и лепечет, следит глазами. В конце этого этапа он отказывается от общения с другими людьми, показывает страх при виде чужого лица.

3. Третий этап. На этом этапе у ребенка единственная привязанность начинает трансформироваться во множественную. Она распространяется еще на 2-3 лица из его окружения (обычно это дугой родитель, бабушка или кто-то из близких).

Основа эмоциональной привязанности ребенка отнюдь не всегда однотипна. Ребенку комфортно в тех ситуациях, которые являются благоприятными для его психического развития. Это так называемая структура безопасной привязанности, которая определяется при конкретном контакте малыша и матери. Например, благоприятным может быть и не частый, но эмоционально приятный контакт с матерью. Но, когда мать с ребенком не близка, то могут отмечаться нарушения социально-эмоционального развития. Развитие невротических состояний у ребенка может возникнуть, когда мать оберегает своего малыша, но в процессе игры не испытывает с ним одновременной радости. Это страх и аутистические формы поведения (уход в себя, избегание контактов).

При диагностике психомоторного развития ребенка в первые месяцы и годы жизни, необходимо отмечать его реакцию на контакт со взрослыми.

Ранние предпосылки развития речи у ребенка формируются в процессе общения со взрослым. Регулярный контакт ребенка с матерью может привести и к отрицательным последствиям, так как ребенок привыкает к этому и требует к себе много внимания. Он не выражает потребности в самостоятельности. Это особенно важно в случае воспитания ослабленных, болезненных детей, а также детей с нарушением в развитии. Крайне значимо, чтобы ребенок в первые месяцы своей жизни самостоятельно познавал окружающую среду для приобретения и сохранения им сенсомоторного опыта.

Психомоторное развитие ребенка характеризуется переходом от одного качественного состояния к другому, более высокого уровня, что связано с развитием функций центральной нервной системы.

Этапы раннего психического развития ребенка:

- Младенческий — от рождения до года;
- Младший дошкольный — от 1 года до 3 лет;
- Дошкольный — от 3 до 7 лет;
- Младший школьный — от 7 до 12 лет.

Особенность нервно-психических нарушений у детей соотносится со спецификой реагирования, которое доминирует на каждом уровне развития ребенка (Жукова, Мастюкова, 1993).

Именно в младенческом возрасте (от рождения до года) определяются основания всей психической деятельности ребенка. Динамика психомоторного развития в первые годы жизни определяется множеством факторов, прежде всего генетическими особенностями, общим состоянием здоровья, полом, окружающим миром. Помимо этого, онтогенез в раннем возрасте идёт неравномерно, прерывисто, поэтому его оценка всегда требует динамического наблюдения. В первый год своей жизни ребенок демонстрирует высочайший темп развития: овладевает прямостоянием, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, пониманием обращенной к нему речи, кроме того, он начинает произносить первые лепетные слова и соотносить их с лицами и предметами. Идёт формирование речи как основы общения. Главным этапом в психическом развитии ребенка является первый год его жизни, так как именно в этот период формируются условия дальнейшего обучения.

В психомоторном развитии ребенка первого года жизни выделяются отдельные периоды. Уже в первый период — период новорожденности — в первый месяц жизни к 3-4 неделям возникают первые положения так называемого коммуникативного поведения: ротовое внимание, когда ребенок на голос матери замирает, выпячивая губы вперед. Ребенок быстро реагирует не на звучащую игрушку, а на голос матери (Ковалев, 1979).

К завершению первого полугодия у ребенка формируются многие сенсорные функции. В первую очередь формируется новый характер зрительного прослеживания. Если раньше ребенок следил за предметом, фиксируя на нем свой взгляд, а, потеряв его из поля зрения, больше не возвращался к нему, то после 5 месяцев ребенок, когда следит за предметом, как бы ощупывает его взглядом. Если его внимание переключить на какой-то другой предмет или лицо взрослого, то через некоторое время он снова вернется к предыдущему занятию. Важным признаком нормального нервно-

психического развития ребенка является появление этой устойчивости внимания.

Зрительный анализатор в начале второго полугодия жизни ребенка играет огромную роль в развитии движения рук. В 6 месяцев ребенок может в один миг хватать игрушку в руки, которая находится рядом с ним, она становится средством взаимодействия ребенка.

В возрасте от 6 до 9 месяцев все действия ребенка происходят с оживленной мимикой, разнообразными голосовыми реакциями: рассматривает и берет игрушки, ощупывает их, переставляет из руки в руку, тянет в рот, перетряхивает. В следствие активного манипулирования с предметами у ребенка развивается познавательная деятельность, формируется готовность к совместной игре со взрослыми, возникает начальное понимание обращенной к нему речи, оживляется лепет, развивается подражание взрослому. Желание имитации и взаимодействия со взрослым даёт 9-месячному ребенку научиться простым играм, например, «в ладушки», а также навык находить спрятанную игрушку.

В конце первого года жизни главным ориентиром при оценке психомоторного развития является реакция на речевое общение. Дети с нормативным психическим развитием и сохранным слухом к концу года правильно отзываются на речевой контакт и интонацию, реагируют действием на вербальные вопросы. К концу года при таком правильном развитии ребенок будет осознавать и справляться с несколькими речевыми командами. На фоне эмоционально-положительного общения ребенка с матерью развивается понимание обращенной к малышу речи.

В отличие от нормотипичного, ребенок с ОВЗ менее адекватно реагирует на взаимодействие со взрослым, он долго может не разделять «своих» и «чужих», слабо дифференцирует окружающие предметы (Жукова, Мастюкова, 1993).

Одной из главных характеристик преддошкольного возраста (от 1 года до 3 лет) является развитие функции общения как результат развития речи.

Помимо этого, малыш правильно и по назначению реагирует на окружающие его предметы и употребляет их в действии. В личностном плане у него формируется воля, интерес к самостоятельности, творческая деятельность, познавательный интерес. Самостоятельное передвижение, активный контакт с предметами и игрушками содействуют дальнейшему активному развитию сенсорных функций.

Наиболее активно преддошкольном возрасте развивается речь. К 2 годам формируется так называемая решающая функция речи, т. е. ребенок все часто подчиняет свои действия словесной инструкции взрослого. В 3 года речевая регуляция поведения становится более постоянной. Происходит активное развитие восприятия речи. Ребенок общается с окружающими развернутыми длинными фразами, активно расширяется его словарный словарь, часто комментирует свои действия, начинает задавать вопросы. У него не только резко увеличивается число воспринимаемых им слов, он начинает действовать с предметами по инструкции взрослого, формируется интерес к слушанию сказок, рассказов и стихов, т. е. понимание речи выходит за пределы непосредственной ситуации взаимодействия.

Скорость развития речи в младшем возрасте очень высокая. Например, если к концу второго года ребенок пользуется до 300 слов, то к началу третьего года их число быстро увеличивается, познавая к концу третьего года 1000-1500 слов. В то же время произношение звуков является еще далеко не совершенной (Жукова, Мастюкова, 1993).

Глава 2: Нарушение психического развития в детском возрасте

Дети с нарушениями психического развития демонстрируют более низкую способность к равновесию, что приводит к существенной задержке моторного развития и ограничивает их функциональный уровень. Через психомоторное развитие дети приобретают способности и навыки, которые дают им возможность физически и умственно адаптироваться к различным условиям и решать возникающие проблемы через окружающую среду (Fotiadou, Neofotistou, 2017).

У детей чувствительность к вредным воздействиям определяется во многом возрастными особенностями.

Чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза появляется компонент психического недоразвития. Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, при которых своевременно не возникают необходимые координации между отдельными системами. В этой связи вероятно появление признаков изоляции, патологии, регресса ряда психических функций. Эти изменения задерживают формирование новых психических процессов, затрудняют прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития.

К основным направлениям деятельности психолога при работе с аномально развивающимися детьми относятся в первую очередь следующие:

1. Диагностика и выявление патологии, и ее психологическая систематизация.
2. Анализа расстройства. Нахождение первичных и вторичных симптомов, которые связаны с болезнью и аномальным развитием.
3. Создание индивидуальной реабилитационной, коррекционной программы, которая поможет найти конкретный механизм нарушения и устранить его.

4. Проведение восстановительного обучения детей с нарушениями высших психических функций, таких как речь, мышление, чтение, счет, письмо, конструктивная деятельность, имеющих место при локальных поражениях мозга.

2.1. Классификация нарушений психического развития в детском возрасте

Нарушения психического развития в детском возрасте разнообразны. В. В. Лебединский выделяет следующие типы нарушений:

1. Недоразвитие. Для него характерно раннее время поражения, когда имеет место незрелость мозга, например, умственная отсталость.

2. Задержанное развитие. Первичный дефект, как правило, нарушает развитие отдельных базальных звеньев, высшие уровни при этом страдают вторично. Характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными имеются и сохранные функции. В асинхронном развитии преобладают явления ретардации, психические функции недоразвиты неравномерно, наиболее выражена недостаточность высших психических функций, например, мышления и речи. Выражена инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, формирование иерархических связей грубо затруднено. Замедлен темп формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.

3. Поврежденное развитие. Имеет то же происхождение, что и органическое недоразвитие психики или задержанное (наследственные заболевания, внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС). Отличается более поздним, после двух-трех лет, патологическим воздействием на мозг. Характерной моделью является органическая деменция, которая сопровождается расстройствами эмоциональной сферы, тяжелыми нарушениями личности в целом и ее

целенаправленной деятельности, а также распадом сложных иерархических связей, грубым регрессом интеллекта и поведения.

4. Дефицитарное развитие. Связано с тяжелым повреждением или недоразвитием отдельных анализаторных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата), инвалидизирующими хроническими соматическими заболеваниями. Первичный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, и к замедлению развития тех, которые связаны с ним опосредованно.

5. Искаженное развитие. Возникает при нарушениях отдельных сенсорных систем, в основном, как результат ряда процессуальных наследственных заболеваний. Характеризуется сложным сочетанием общего недоразвития, задержанного, ускоренного, поврежденного развития отдельных психических функций. Лучше всего компенсируется при адекватном и своевременном коррекционном воздействии за счет сохранности других анализаторов и интеллекта. В случае депривации приводит к нарушению личностного и познавательного развития (пример — детский аутизм).

6. Дисгармоничное развитие. Сочетание явления ретардации и парциальной акселерации сближает его с искаженным развитием. Отличие заключается в том, что его основой является врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Модель дисгармоничного развития — ряд психопатий, патологическое формирование личности в результате неправильных условий воспитания. Клинические данные показывают, что при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении может возникать и искаженное развитие, и задержанное, и недоразвитие («олигофренический плюс»), и, при злокачественном течении процесса, поврежденное развитие (Лебединский, Лебединская, 2003).

2.2. Особенности психомоторной сферы у детей с нарушениями психического развития

Психомоторное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья специфично. Расстройства психомоторной сферы более выражены по мере углубления степени дефицита.

На момент рождения человека нервная система еще не полностью развита, т.к. ребенок в течение всего детства растет и развивается. Огромное количество факторов влияет на скорость и качество психомоторного развития каждого ребенка. Генетические или унаследованные черты могут сильно влиять на силу, ловкость, и вообще талант к физическим нагрузкам. Культурное различие образа жизни между семьями также влияет как на наличие возможностей для участия в сложной физической активности, так и на важность этих мероприятий в рамках уникальной культуры семьи. Дети, живущие в сельской местности, районах, где родители одобряют ежедневные походы, езду на велосипеде или другие здоровые мероприятия на свежем воздухе, могут быть более мотивированы, чтобы бросить вызов себе физически, чем дети, живущие в городской среде с родителями, которые предпочитают менее активные развлечения.

Для эффективного моторного обучения необходимо, чтобы ребенок получал возможность физически исследовать свое окружение, чтобы развивать понимание и осознание тела, взаимодействующего с окружающей средой. Именно поэтому маленьких дети очень активны. Для маленьких детей характерно желание бегать, карабкаться, прыгать и практиковаться в балансировании на бордюре, бросать предметы в цель. Это естественный способ познания своего тела и овладения его потенциалом.

Жан Пиаже описал тесную связь между перцептивным обучением и развитием физической подготовленности.

Ранние движения, сделанные очень маленьким ребенком, в основном рефлекторного или произвольного характера. Младенец подвергается

воздействию самых разнообразных перцептивных переживаний через все органы чувств тела. Они включают в себя видение, слух, осязание, вкус, обоняние, вестибулярное восприятие (чувство тяжести и движения, которое приходит от рецепторов, расположенных в вестибулярном аппарате во внутреннем ухе) и проприоцепция (чувство положения тела и движения от суставных и мышечных рецепторов). Поначалу эти ощущения переживаются пассивно, так как младенца держат, укачивают, гладят, кормят. Постепенно ребенок узнает, что определенные произвольные, рефлексорные движения могут привести к приятным сенсорным переживаниям, и начинает повторять произвольно эти движения, чтобы повторить приятное ощущение.

При легком поглаживании одной стороны лица ребенок поворачивает голову в ту сторону, где погладили. Это инстинктивный способ, которым младенец находит пищу, так как движение часто приводит к обнаружению соска матери, когда ребенок прижимается к ее груди. Это рефлексорное движение приводит к приятному переживанию, включающему запах и вкус пищи, физические ощущения сосания и чувство «полного животика». Кроме того, мать может обеспечить любящее прикосновение, успокаивающую стимуляцию через покачивание, мягкие слова ободрения, приятную улыбку и зрительный контакт с младенцем. Практически каждая сенсорная система тела стимулируется эмоционально позитивным образом в результате простого движения. Таким образом, это уже первые ранние этапы моторного обучения.

Повторение является важным понятием в моторном обучении. Новые двигательные навыки нужно практиковать или репетировать, чтобы стать сильным, подвижным и хорошо скоординированным. При достаточной практике некоторые движения становятся настолько автоматическими, что мы едва ли осознаем их и не должны заботиться о том, насколько хорошо мы их выполняем.

Многие расстройства развития включают психомоторную задержку или неуклюжесть как часть состояния. Например, детский церебральный паралич — это синдромокомплекс, объединяющий группу двигательных расстройств,

возникающих вследствие повреждения различных мозговых структур в перинатальном периоде. Это состояние возникает в очень раннем детстве, что предполагает повреждение частей мозга, которые влияют на мышечный тонус и контролируют движение. Мышечный тонус — это количество напряжения, присутствующего в мышцах, которое помогает подготовить мышцы действию. При церебральном параличе также может быть высокий мышечный тонус, низкий мышечный тонус и колеблющийся. У детей при ДЦП возникают различные трудности движения, и, как следствие, они часто бывают очень нескоординированными (Мичурина, 2018).

Дети с умственной отсталостью демонстрируют задержки во всех областях развития и могут показаться неуклюжими при сравнении с другими детьми того же возраста.

Как отмечают многие исследователи (Лопатина, Мастюкова и др.), у детей с общим недоразвитием речи (далее – ОНР) часто имеется нарушение не только речевого, но и психомоторного развития. У них отмечается неустойчивое внимание, незначительный объем памяти. Присутствует также и неврологическая симптоматика, усугубляющая общую картину психоречевого развития. Повышенная возбудимость, расторможенность, неустойчивость эмоционального фона у таких детей влечет за собой быструю утомляемость, неспособность долго сосредотачиваться на одном задании и, как следствие, потерю интереса к выполняемому заданию.

Общая психомоторная сфера детей с ОНР характеризуется неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может встречаться небольшое ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, при функциональной нагрузке возможны содружественные движения (синкenezии), нарушения мышечного тонуса (Жолобов, Максимова, 2019).

Н. Н. Трауготт отмечала, что у всех детей с моторной алалией выявляются особенности общей психомоторики, такие как симптомы пирамидной недостаточности (изменение тонуса) и недоразвитие психомоторики, которые выражаются в нарушениях походки, сутулости. У

детей с сенсорной алалией выявляются нарушения двигательной сферы: общее двигательное беспокойство, иногда легкий хорейтозный гиперкинез.

Нарушение психомоторики проявляется и в такой речевой патологии как стёртая дизартрия. Общая моторная сфера детей со стертой формой дизартрии характеризуется неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может встречаться небольшое ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, при функциональной нагрузке возможны содружественные движения (синкенезии), нарушения мышечного тонуса. Часто при выраженной общей подвижности движения ребенка со стертой формой дизартрии остаются неловкими и непродуктивными.

Наиболее ярко недостаточность общей моторики заметна у младших школьников с этим расстройством при выполнении сложных движений, которые требуют точного контроля движений, точной работы различных групп мышц и правильной пространственной организации движений. Например, ребенок со стертой формой дизартрии несколько позже, чем его сверстники, начинает хватать и держать предметы, сидеть, ходить, прыгать на одной и двух ногах, неуклюже бегать, подниматься на перекладину. В среднем и старшие школьники не могут долго научиться кататься на велосипеде, лыжах и коньках.

Психомоторная работа с детьми должна обеспечить необходимую базовую основу для их двигательного развития, эмоционального и психологического развития, обеспечиваемого играми и увлекательными занятиями, которые, помогут овладеть своим телом. Работа психомоторного образования имеет важное значение для развития двигательной, умственной и аффективной человеческой личности. Моторика как педагогический инструмент может быть достигнута с помощью игровых упражнений и игр, ведущих человека к повышению осведомленности с предметом и своим собственным телом.

До недавнего времени психомоторика, интегрированная в школьное физическое воспитание, воспринималась только как инструмент двигательного развития. Однако отношения между физическим воспитанием и

психомоторикой возникают благодаря стремлениям человека связывать и интегрировать среду посредством действий и сознательных движений, переживая опыт на каждом этапе жизни. Физическая практика не должна быть предметом механического выполнения движения, а скорее способствовать детским упражнениям и отдыху, связанным с миром. Ребенок использует когнитивное чувство, чтобы наблюдать, как совершаемое действие реализуется и отражается в реальном мире (Camargos, 2019).

Глава 3: Коррекционно-развивающий потенциал программ адаптивной физической культуры.

Задача современного образования – создать условия для получения без дискриминации качественного образования, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации. И здесь склонны возлагать ожидания и надежды именно на школу и академические успехи. Важно другое – опыт общения со сверстниками, развитие без дискриминации, социализация. И динамика относительно себя (Шалина, 2022).

Любое заболевание или атипичная форма психического развития имеет эндогенные (внутренние – генетические нарушения, метаболические нарушения, патологическое формирования структур организма) и экзогенные факторы (интоксикации, инфекции и травмы, приводящие к психическим и ментальным нарушениям, а также собственно социально-психологические факторы – социальная депривация, педагогическая и микросоциальная запущенность, хроническое воздействие стрессоров и т.д.).

Факторы соматических нарушений и заболеваний:

- Биологические факторы: генетика, инфекции, воспаления;
- Социальные факторы: влияние семьи, родителей, социальные условия жизни (пластичность мозга ниже и кол-во синапсов меньше у детей из неблагополучных семей и регионов, но тут влияние третьей переменной)
- Психологические факторы: тревога, депрессия, невротизация, стресс, личностные особенности.

Ментальные нарушения чаще всего являются следствием дизонтогенетического развития, изначальной несформированности каких-либо функций или их стойкого недоразвития. Поэтому чаще задачей специалистов стоит именно абилитация, а не реабилитация (что актуальнее в случае работы по восстановлению утраченных функций) детей с ментальными нарушениями. (Шалина, 2022).

Абилитация – это комплекс лечебных, психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на приспособление человека с

какими-либо нарушениями, сложностями к жизни и самореализации в обществе, на приобретение этим человеком возможностей учиться, работать и общаться с другими людьми.

С принципиальным, инновационным отношением к социализации детей с ментальными нарушениями является отход от исключительно «медицинской» парадигмы и ориентация на междисциплинарный статус проблема, на понимание множественности причин патологического процесса, уникальных условий развития каждого человека и индивидуально определяемого реабилитационного потенциала. Работа мультипрофильных команд – это тренд мировой практики. В целом, определение цели и, соответственно, способа работы команды специалиста – первостепенная задача в каждом конкретном случае. В практику МСЭ уже вошло понятие реабилитационного потенциала - уровень максимально возможного восстановления функций и жизнедеятельности пациента в намеченный отрезок времени с учетом нозологических, патологических, этнических, средовых факторов, а так индивидуальных функциональных резервов и компенсаторных возможностей пациента при условии адекватной мотивации по отношению к предстоящей реабилитации. Психологическим факторам отводится до 50% этого реабилитационного потенциала (Шалина, 2022).

3.1 Основные характеристики программ адаптивной физической культуры

Мозг, нервная система и тело неразрывно связаны. Необходимое условие формирования нервных связей и активации нейронов – вовлечение ребёнка в разнообразные деятельности, обеспечение его сенсорными впечатлениями и задачами для самостоятельного решения. Лучшая возможность создать такие условия – сформировать у ребёнка физическую культуру. Именно моторные зоны мозга наиболее активно развиваются в детском возрасте, именно их развитие, обеспечиваемое физической нагрузкой, влечёт за собой активизацию и развитие остальных отделов нервной системы.

Спорт (наряду с музыкой, театром, арт-играми) – эффективное средство коммуникации, общего развития и социализации ребёнка с ОВЗ. Он позволяет «проработать», «прокачать» именно те самые социальные навыки. Они – в основе и учебной мотивации, кстати.

Что даёт адаптивный спорт ребёнку с ОВЗ:

- Физическое развитие. Как ни смотри на проблему ОВЗ, но коррекция ЦНС – через сенсомоторную сферу, её интеграцию.
- Развитие компенсаторных систем организма
- Реализованы базовые принципы нейропсихологической коррекции.
- Формирование навыка имитации действий тренера, т.е. развитие имитационного научения и задействование зеркальных нейронов мозга
- Приучение к выполнению инструкций
- Многократность повторений материала, терпение и тонкое возвращение навыков. Значение повторения – чувство знакомости, растущая компетентность, уверенность. Ну и сам навык.
- Разностороннее общение: и со сверстниками, и со взрослым, и новый уровень общения с родителями. Это всегда совместная деятельность! Ребёнок не пассивный объект учения, а активный участник игры.
- Развитие эмоционального интеллекта, многообразие эмоций.
- Ставить цели, преодолевать барьеры.
- Формирование произвольного внимания, волевых качеств.
- Перспективы социализации с норматипичными сверстниками. Причём реально в той сфере, где их примут. В учёбы ребёнок с ОВЗ всё-таки странный конкурент (Шалина, 2022).

Особенность адаптивного спорта - это адекватные нагрузки, подготовленные тренеры, план изначально соответствует возможностям детей и обеспечивает им динамику, общение в группе организовано и регулируется взрослым, физическое развитие. Самое главное – именно адекватная физическая активность позволяет запустить те мозговые механизмы, которые

необходимы детям для роста и развития. Это эффективный способ коррекции и поведения, и уровня психического развития.

3.2 Коррекционно-развивающее значение программ адаптивной физической культуры в абилитации детей с нарушениями психического развития.

Ограниченные возможности здоровья – широчайшая категория нарушений физического и (или) психического здоровья. От глубокой инвалидности до задержки развития, связанной с педагогической запущенностью.

Движение – условие развития и способ коррекции отклоняющегося, атипичного и задержанного развития.

Если взять случай атипичного или задержанного развития, то здесь сдвигаются границы биологического возраста, ребёнок осваивает мир точных движение и часто психический и интеллектуальный прогресс идёт рука об руку с развитием двигательной сферы, навыков детей. Перспективы развития и нормотипичного ребёнка, и ребёнка с ЗПР, и детей с неврологическими расстройствами, и детей с РАС во многом определяются теми двигательными навыками, которые они приобретают, той активностью, в которую они вовлечены.

В норме происходит постепенное развитие и усложнение двигательных актов и способов познания мира, развитие взаимодействия между моторными и сенсорными компонентами. В случае же атипичного или патологического развития мы тем более говорим о базовой, принципиальной работе по формированию СМИ как основы психического развития ребёнка. Движение считается «воротами» к коррекции психического развития. Мозг и нервная система – это часть нашего организма. Что-то мы можем скорректировать препаратами, что-то – физиотерапией. Но важнейший «пульт управления» — это тело, его движения и активность. Именно на принципах СМИ основаны

такие нейрокоррекционные подходы как метод замещающего онтогенеза (А.В. Семенович), сенсомоторная коррекция (Т.Г. Горячева, А.С. Султанова), коррекционно-развивающее обучение и т.д.

Потенциал физкультуры и спорта в раннем возрасте, в детском развитии, может быть охарактеризован через ряд моментов:

1. Физическое развитие, развитие СС-системы, кровообмен и газообмен, метаболизм «рассчитаны» на физически активного ребёнка.
2. Системное единство тела и мозга, ЦНС. Если нет запроса из реальности и деятельности, то гибнут нейроны, а связи не образуются. Но есть периоды сензитивности: иногда наверстать упущенное очень сложно, так как период повышенной морфологической готовности прошёл. «Критические периоды»: развитие всех сенсорных систем зависит от получения соответствующего опыта.
3. Реципрокная координация – основа межполушарных связей.
4. Схема тела и пространственные представления как основа логических операций, счётных функций.
5. Формирование произвольного внимания.
6. Формируется умение учиться: дисциплина спортивных игр, правила.
7. Роль тренера – это фигура авторитетного взрослого.
8. Расширение социальных контактов.

Глава 4: Эмпирическое исследование динамики показателей психомоторного развития детей с нарушениями психического развития, участвующих в программах адаптивной физической культуры.

Объект: психомоторное развитие в детском возрасте.

Предмет: динамика показателей психомоторного развития детей-участников абилитационных программ.

Цель: выявить динамику показателей психомоторного развития детей-участников различных абилитационных программ адаптивной физической культуры.

1. Исследовать психомоторную сферу детей с нарушениями психического развития, принимающих участие в программах адаптивной физической культуры.

2. Выявить динамику психомоторного развития детей-участников абилитационных программ адаптивной физической культуры.

Гипотеза исследования: Основные показатели психомоторного развития детей-участников абилитационных программ адаптивной физической культуры (далее – АФК) будут значимо улучшаться по прохождению программ адаптивной физической культуры: утомляемость, инертность, импульсивность, оральный праксис, воспроизведение ритмов, корректурная проба, мелкая моторика, крупная моторика.

Частные гипотезы:

1. При первичном обследовании детей с ОВЗ будут наблюдаться симптомы утомляемости, инертности, импульсивности, низкого уровня сформированности орального праксиса, слабость при воспроизведении ритмов, недостаточность произвольного внимания, зрительно-пространственного гнозиса и зрительно-моторной координации. В выполнении проб на мелкую моторику ожидаются грубые ошибки.

2. По завершению специализированных программ АФК эти показатели будут значимо улучшены.

3. Будут наблюдаться значимые различия в динамике показателей психомоторного развития между детьми, принимающими участие в групповых программах, и детьми, занимающимися с тренерами АФК индивидуально: более выраженная положительная динамика предполагается у детей, занимающихся индивидуально.

4.1. Дизайн исследования

Исследование проводилось в 2020-2021 годах на базе спортивно-развлекательного батутного центра «Небо» г. Москвы, где реализуются программы адаптивной физической культуры АНО «Школа Героев» (фонд помощи детям с ограниченными возможностями здоровья). Мы сравниваем три программы АФК по их эффективности: «Адаптивный батут», «Адаптивный скалодром», «Индивидуальные занятия». Соответственно, три группы сравнения. Детей, занимающихся индивидуально, мало, и работа с ними сильно была ограничена эпидемиологической ситуацией. Поэтому эта группа будет описана методом кейс-стади.

Обследование группы «Адаптивный батут» проводилось дважды – перед началом программы АФК 20.09.20 и по завершению 30.11.20.

Обследование группы «Адаптивный скалодром» проводилось дважды. 27.09.20 проведено первичное обследование, 26.05.2021 - вторичное обследование.

Под руководством О.С. Шалиной проводилась комплексная нейропсихологическая и психологическая диагностика всех участников программы при участии студентов МГМСУ. Разработаны протоколы диагностики, критерии включения детей в инклюзивные группы. Для родителей организованы психолого-просветительские встречи. По завершению

программы составлены индивидуальные рекомендации дальнейшей работы с ребенком для родителей.

Первичное обследование группы детей «Индивидуальные занятия» проводилось 14.10.21, вторичное 14.12.21.

Проводилось внутригрупповое и межгрупповое сравнение трёх групп по выбранным параметрам.

Характеристики выборок

В исследовании приняли участие 81 ребенок в овзрасте от 6 до 13 лет.

- Групповые адаптивные занятия на батутах: 40 детей;
- Групповые адаптивные занятия на скалодроме: 34 ребенка;
- Индивидуальные занятия с тренером: 7 детей.

Группы неоднородны по возрасту и нозологиям:

- 16 детей имеют диагноз: (F-84.1) Атипичный аутизм;
- 16 детей: (F-84.0) аутизм;
- 19 детей: РАС;
- 18 детей: (F-80-F-89) Нарушения психологического развития ЗПР;
- 12 детей: (Q-90) Синдром Дауна.

Процедура обследования и методики

Психологическое обследование и исследование психомоторной сферы детей проводилось с каждым ребенком индивидуально, примерно по 20-25 мин. Предварительно с детьми была проведена короткая беседа для знакомства и установления контакта. Исследовались параметры: утомляемость, инертность, импульсивность, моторная память, оральный праксис, воспроизведение ритмов, зрительно-моторная координация, внимание.

Диагностика коммуникативных навыков и уровня сформированности ВПФ проводилась по следующим параметрам:

1. Соматогнозис;
2. Зрительная память;

3. Копирование трехмерного объекта;
4. Счет;
5. Логико-грамматические конструкции;
6. Понимание эмоций.

Диагностика психомоторной сферы детей проводилась по методикам Н.Н. Озерецкого.

1. Проба на реципрокную координацию движений
2. Проба Н.И. Озерецкого на динамический праксис «Кулак – ребро - ладонь».
3. Проба Хэда
4. Графическая проба («забор»)
6. Проба на воспроизведение и оценку ритмов
7. Проба на слухо-речевую память
8. Оральный праксис

Представленные методики апробированы, являются надежными и валидными (Ахутина, 2017). Подробно диагностические методики описаны в Приложении 1.

Статистическая обработка полученных данных

Статистическая обработка проводилась в программах SPSS с помощью описательных статистик, критерия Фишера, критерия χ^2 Пирсона (для номинативных переменных) и U-критерия Манна-Уитни и T-критерия Вилкоксона (для ранговых переменных и, соответственно, независимых и зависимых выборок).

4.2. Результаты

Результаты обследования групп на разных этапах программы АФК, сравнения групп между собой и анализа групповой динамики представлены в четырёх блоках:

1. Первичное обследование: сравнение двух экспериментальных групп – «Адаптивный батут» и «Адаптивный скалодром» перед началом программ АФК.
2. Повторное обследование: сравнение двух экспериментальных групп – «Адаптивный батут» и «Адаптивный скалодром» по завершению программ АФК.
3. Общая динамика: сравнение результатов первичного и повторного обследования детей-участников программ АФК (без учёта программы).
4. Динамика показателей психомоторного развития детей-участников программ АФК по группам – «Адаптивный батут», «Адаптивный скалодром» и «Индивидуальные занятия».

Первичное обследование: сравнение двух групп («Адаптивный батут» и «Адаптивный скалодром») перед началом программ АФК

На этапе предварительного обследования группы значительно различались по параметрам:

- Вступление в контакт ($p=0,009$) - в группе «Адаптивный скалодром» больше детей, активно избегающих контакта, хотя детей с единичными реакциями избегания больше в группе «Адаптивный батут».

- Проявление негативизма ($p=0,047$) - в группе «Адаптивный скалодром» больше детей, демонстрирующих выраженные признаки негативизма.

- Импульсивность ($p=0,006$) - в группе «Адаптивный батут» больше детей демонстрировали симптомы импульсивности, в группе «Адаптивный скалодром». В целом, у большинства детей этих симптомов не было выражено. Но явно выраженной симптоматики примерно одинаково в обеих группах. На первой диагностике наблюдались следующие показатели у группы «Адаптивный батут»: сильно проявляется у 21%, слабо проявляется 48% и не проявляется вообще у 30%. У группы «Адаптивный скалодром»: сильно проявляется у 20%, слабо проявляется 15% и не проявляется вообще у 63% (Рис. 1).

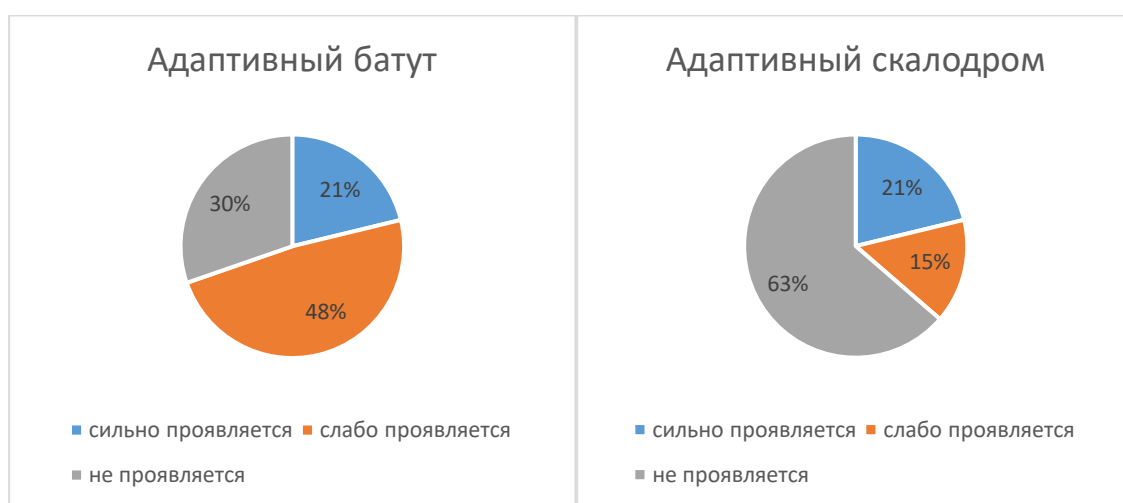


Рис.1 Показатели импульсивности в группах на этапе первичного обследования

•Соматогнозис ($p=0,042$) – в целом, доля детей с нормотипичными значениями примерно одинакова в обеих группах (75% - в группе «Адаптивный батут» и 66% в группе «Адаптивный скалодром»), но в группе «Адаптивный скалодром» больше доля детей с единичными и, особенно, выраженными симптомами (Рис. 2).

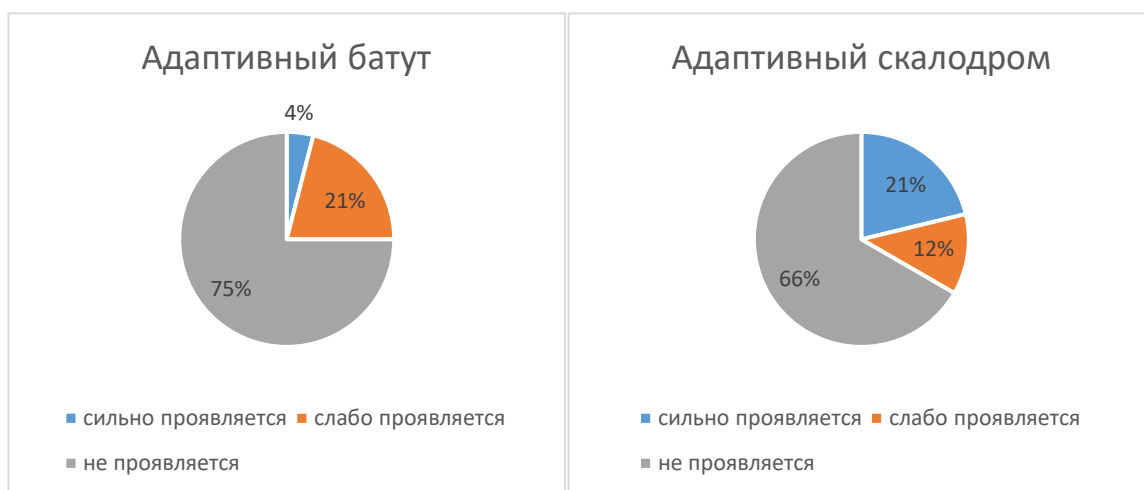


Рис.2 Показатели соматогнозиса в группах на этапе первичного обследования

•Правополушарные ошибки ($p=0,000$) – в группе «Адаптивный скалодром» существенно меньше детей с нормотипичными показателями, а единичные и ярко выраженные симптому встречаются практически одинаково часто.

•Левополушарные ошибки ($p=0,003$) также более выражены в группе «Адаптивный скалодром». В два раза меньше детей с нормотипичными показателями, у большинства проявляются единичные симптомы недостаточности.

•Реципрокная координация ($p=0,011$) – в группе «Адаптивный скалодром» значимо больше детей с норматипичными показателями, но и детей с ярко выраженной симптоматикой также значимо больше. Основное различие между группами – в доли детей с единичными симптомами (Рис. 3).

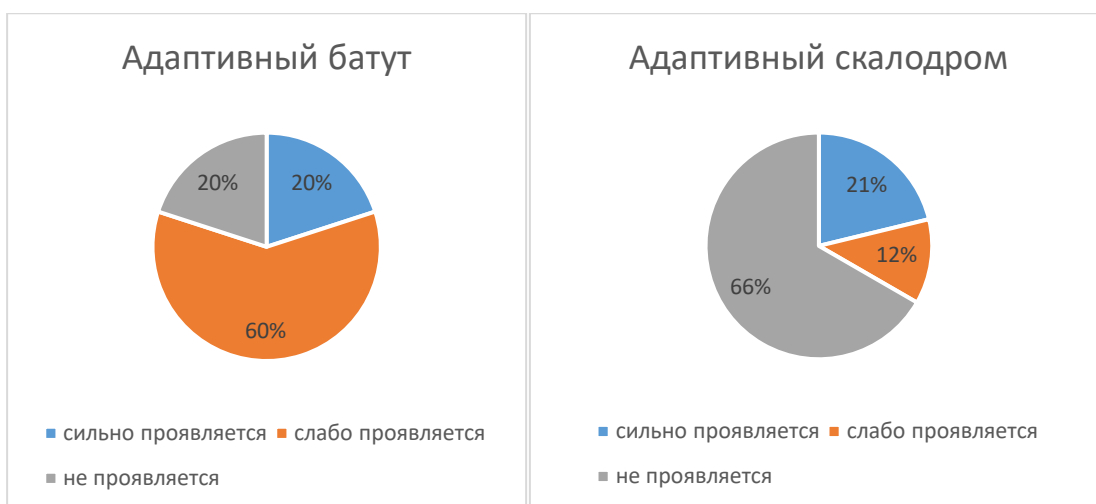


Рис. 3 Показатели реципральной координации в группах на этапе первичного обследования

Повторное обследование: сравнение двух экспериментальных групп – «Адаптивный батут» и «Адаптивный скалодром» по завершению программ АФК

На этапе итогового обследования группы значительно различались по параметрам:

- Проявление негативизма ($p=0,018$) - в обеих группах подавляющее большинство детей не демонстрирует признаки негативизма, но в группе «Адаптивный скалодром» есть несколько детей, демонстрирующих выраженные признаки негативизма.

- Инертность ($p=0,004$) не выражена у большинства детей из группы «Адаптивный скалодром», хотя в этой группе больше детей с ярко выраженными проявлениями инертности. По завершению программ группы показали следующие показатели. Адаптивный батут: сильно проявляется у 4%, слабо проявляется 58% и не проявляется вообще у 39%. У группы «Адаптивный скалодром»: сильно проявляется у 21%, слабо проявляется 16% и не проявляется вообще у 63% (Рис. 4).

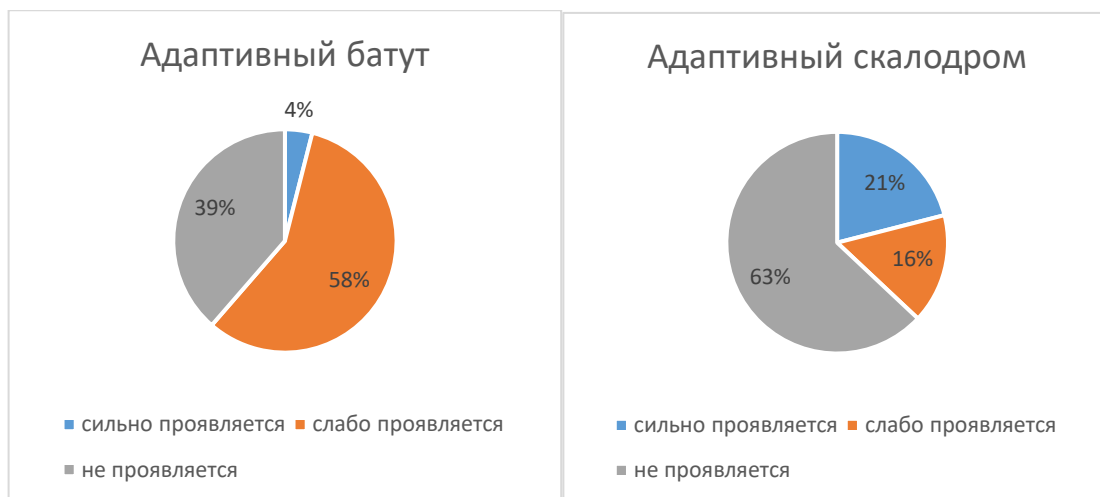


Рис. 4 Показатели инертности в группах на этапе повторного обследования

• Моторная память значительно лучше в группе «Адаптивный скалодром» ($p=0,000$), в которой нет детей, демонстрирующих ярко выраженные симптомы недостаточности моторной памяти, тогда как дети из группы «Адаптивный батут» преимущественно проявляют симптомы разной степени выраженности. По завершению программ группы показали следующие показатели. «Адаптивный батут»: сильно проявляется у 4%, слабо проявляется 39% и не проявляется вообще у 56%. У группы «Адаптивный скалодром»: слабо проявляется 21% и не проявляется вообще у 79%, в данной группе нет детей, у которых моторная память не проявлялась вообще (Рис. 5).

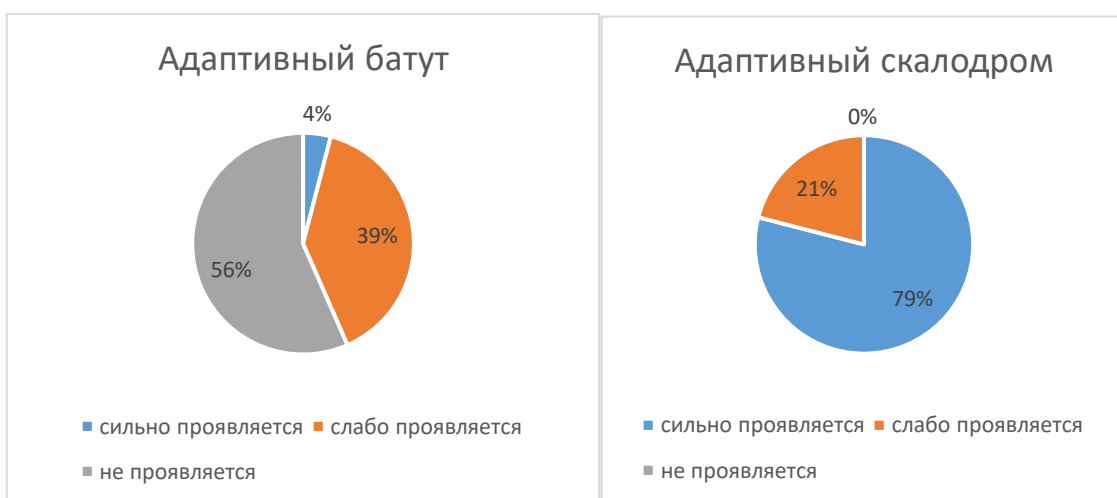


Рис.5 Показатели моторной памяти в группах на этапе повторного обследования

•В целом же показатель памяти как комплексный, обобщённый параметр лучше сформирована в группе «Адаптивный скалодром» ($p=0,017$): в этой группе больше детей без признаков недостаточности памяти, меньше детей с выраженной симптоматикой.

•Пространственный фактор лучше сформирован в группе «Адаптивный скалодром» ($p=0,016$): в этой группе больше детей без признаков недостаточности и меньше детей с выраженной симптоматикой.

•Показатели динамического праксиса выше в группе «Адаптивный батут» ($p=0,007$): здесь больше детей без признаков недостаточности динамического праксиса и меньше детей с ярко выраженной симптоматикой (Рис. 6).

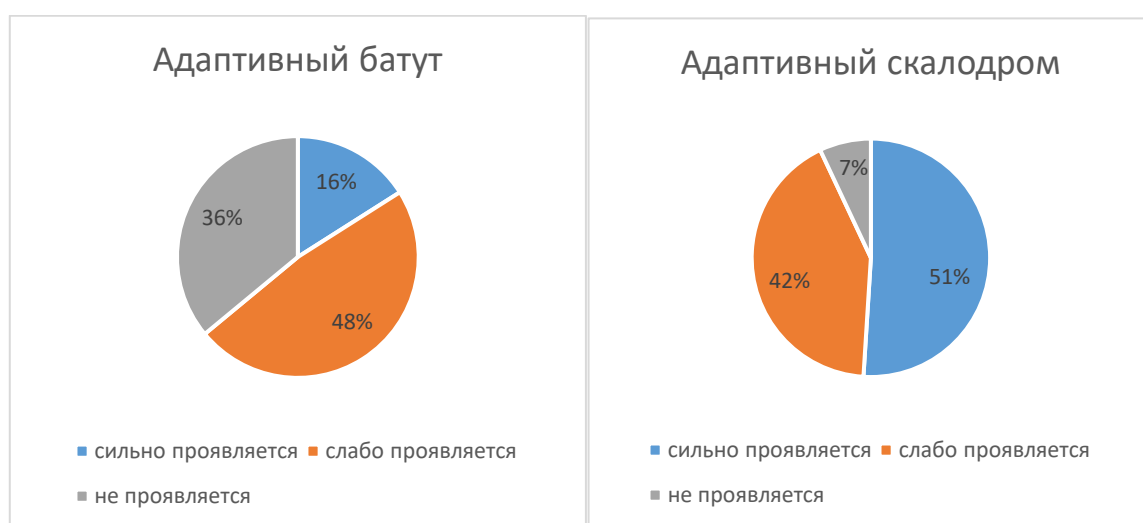


Рис. 3 Показатели динамического праксиса в группах на этапе повторного обследования

•Показатель зрительно-моторной координации несколько неравномерен: так, в обеих группах одинаково количество детей с единичными проявлениями недостаточности зрительно-моторной координации, но в группе «Адаптивный батут» больше детей без признаков недостаточности, а в группе «Адаптивный скалодром» больше детей с единичными проявлениями ($p=0,020$). По завершению программ группы показали следующие показатели. Адаптивный батут: сильно проявляется у 12%, слабо

проявляется 16% и не проявляется вообще у 72%. У группы «Адаптивный скалодром»: сильно проявляется у 10%, слабо проявляется 52% и не проявляется вообще у 38% (Рис. 7).

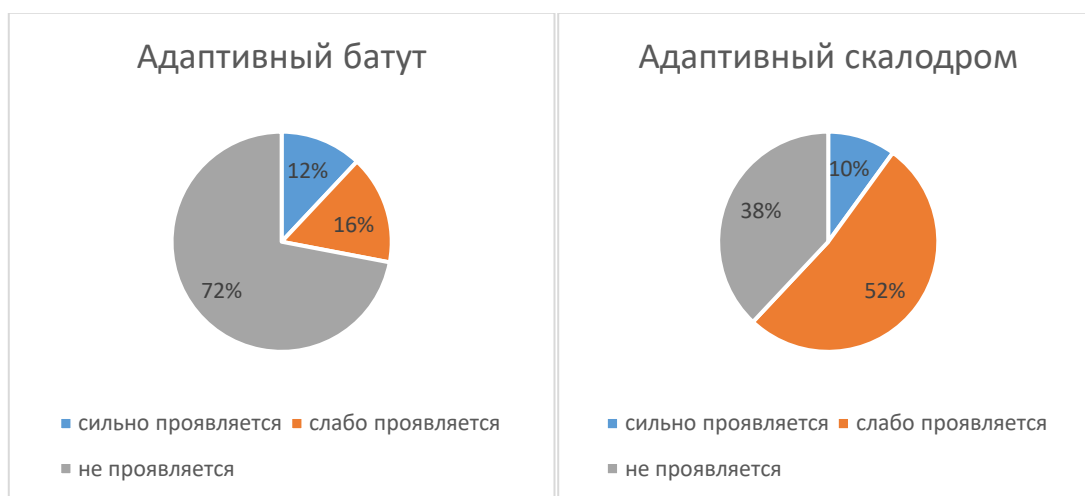


Рис. 7 Показатели зрительно-моторной координации в группах на этапе повторного обследования

Общая динамика: сравнение результатов первичного и повторного обследования детей-участников программ АФК (без учёта программы)

При сравнении показателей психологического и психомоторного развития детей на этапах первичного и итогового обследования выделяются значимые различия по ряду параметров:

- Значимо уменьшилось количество детей, проявляющих ярко выраженные симптомы непонимания эмоций окружающих, испытывающих сложности в распознавании эмоций ($p=0,019$).

- Выраженно увеличилось количество детей, не проявляющих симптомов нарушения и недостаточной сформированности соматогнозиса ($p=0,000$). На первой диагностике: сильно проявляются у 39% испытуемых, незначительно проявляются у 44%, и у 17% не проявляются вообще. Результаты второй диагностики показали, что у 17% наблюдается сильное проявление, у 30 % слабое, а у 53% они не выражены (Рис. 8).

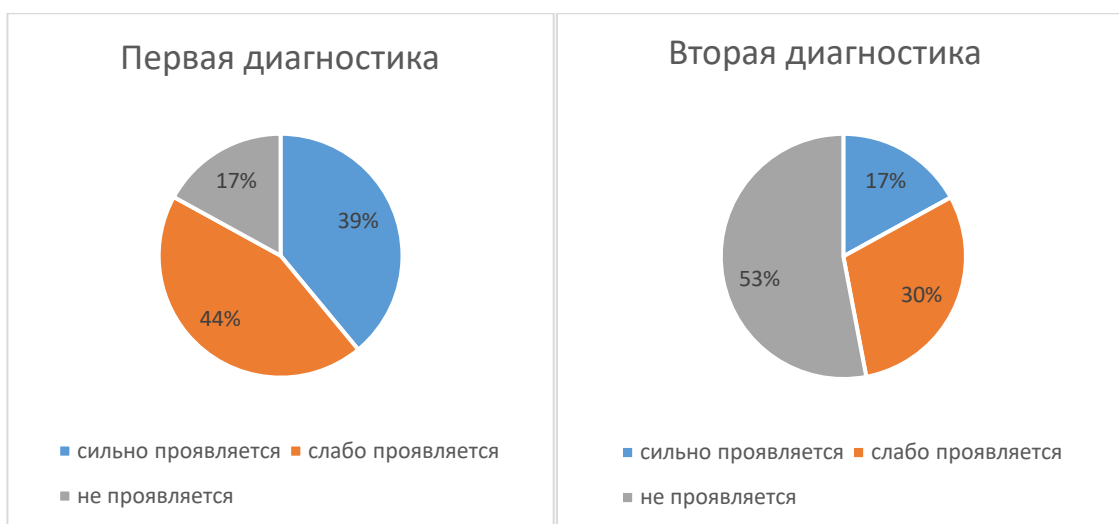


Рис.8 Динамика показателя соматогнозиса в ходе групповых программ АФК

• Выраженно увеличилось количество детей, не проявляющих симптомов нарушения и недостаточной сформированности орального праксиса ($p=0,000$). На первой диагностике: сильно проявляются у 48% испытуемых, незначительно проявляются у 33%, и у 19% не проявляются вообще. Результаты второй диагностики показали, что у 11% наблюдается сильное проявление, у 23 % слабое, а у 53% они не выражены (Рис. 9).

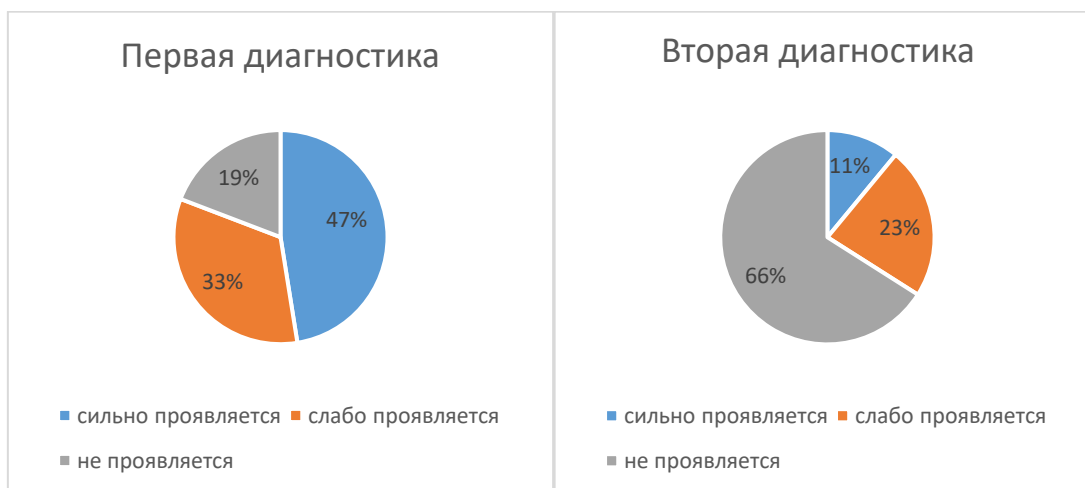


Рис.9 Динамика показателя орального праксиса в ходе групповых программ АФК

Динамика показателей психомоторного развития детей-участников программ АФК по группам

Группа «Адаптивный батут»

При анализе данных, измеренных в ранговых шкалах, использовался критерий Т-Вилкоксона. Положительная динамика наблюдается по ряду критериев, однако малочисленность группы и сложность обследования детей, не вступающих в полноценный речевой контакт и крайне ограниченно понимающих и выполняющих инструкции, ограничили валидность результатов. Значимые различия выявлены по двум критериям – «Особенности вступления в контакт» и «Выраженность негативизма».

Анализ данных, измеренных в номинативных шкалах с помощью критерия χ^2 Пирсона, позволил уточнить эти результаты. Приводятся только значимые результаты при p менее 5%.

• На первой диагностике «сформированность моторной сферы» соответствовала возрастной норме у 24% испытуемых, слабость моторной сферы проявлялась у 67%, грубые нарушения наблюдались у 9%. На второй диагностике у 41% детей сформированность моторной сферы отвечала возрастной норме, у 50% выражена слабо, но у 9% детей также, как и в первичном обследовании наблюдались грубые нарушения (Рис. 10).

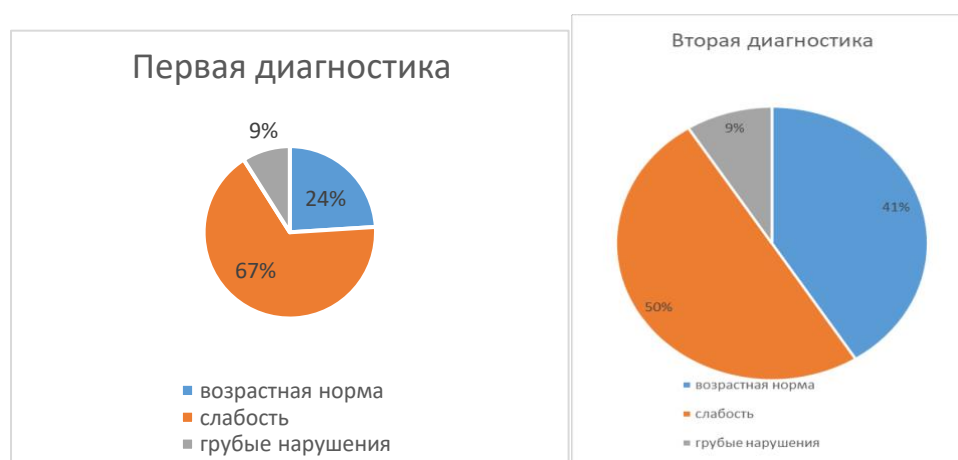


Рис.10 Динамика показателя орального праксиса в группе «Адаптивный батут»

• Проявление «инертности» на первой диагностике была сильной В 14% испытуемых, слабое проявление инертности у 53% обследуемых и не проявлялась вообще у 33%. На второй диагностике, результаты существенно изменились: сильно проявлялась у 9%, слабое проявление наблюдалось у 44%, а у 47% испытуемых она вообще не проявлялась (Рис. 11).

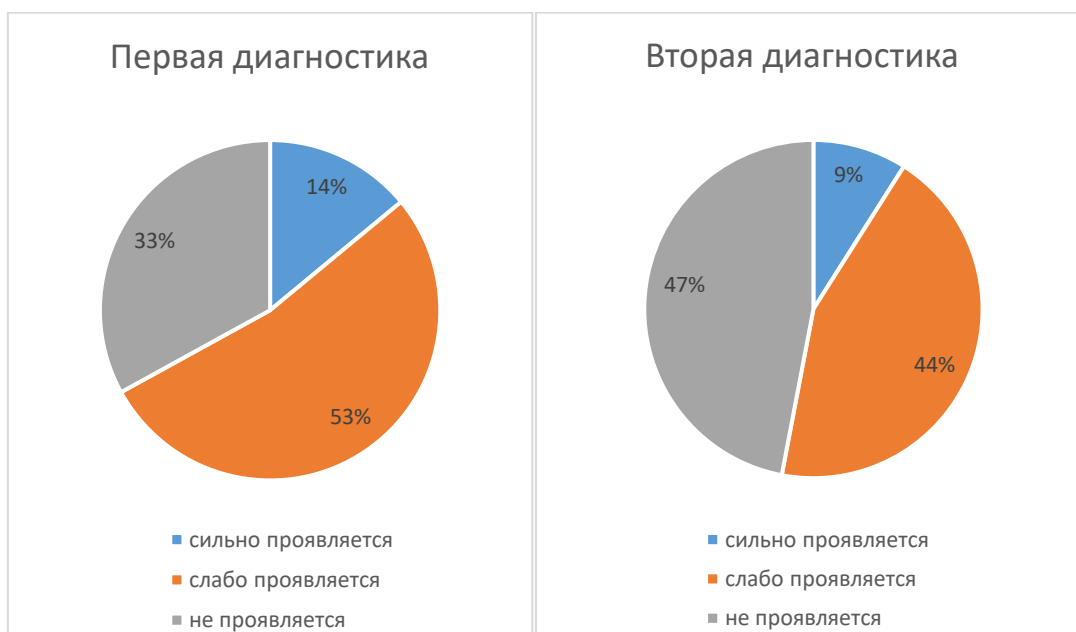


Рис. 11 Динамика показателя инертность в группе «Адаптивный батут».

• Выраженность импульсивности на первой диагностике показали следующие результаты: сильно проявляется у 34% испытуемых, незначительно проявляется у 37%, и у 30% импульсивность не проявляется вообще. Результаты второй диагностики показали, что у 19% наблюдается сильная импульсивность, у 35 % слабая, а у 46% она не выражена (Рис. 12).

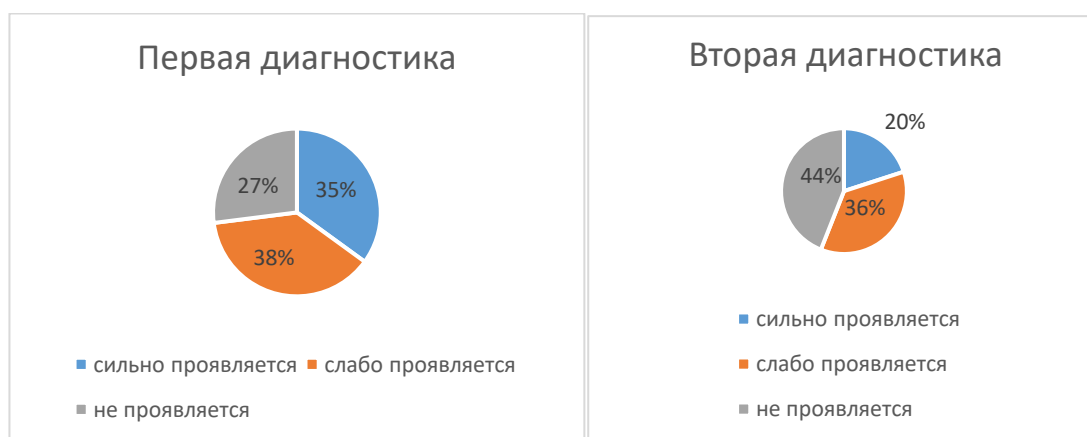


Рис. 12 Динамика показателя импульсивности в группе «Адаптивный батут».

Динамика не была выявлена по следующим показателям: утомляемость, оральный праксис, воспроизведение ритмов, истощаемость, зрительно-моторная координация, внимание.

Анализируя результаты, полученные до начала реализации программы и в конце, видно, что у детей стабилизировалось пространственно-ориентированное ощущение, выполнение заданий стало более свободным в обе стороны, учитывая, что ранее не все дети могли выполнять регламентированные задания одинаково качественно и вправо, и влево, а у некоторых не получалось даже с помощью тренера или родителей.

Группа «Адаптивный скалодром»

При сравнении показателей психологического и психомоторного развития детей из группы «Адаптивный скалодром» на этапах первичного и итогового обследования выделяются значимые различия:

- Значимо снизилась выраженность проявлений негативизма ($p=0,047$).

Выражение негативизма на первой диагностике показали следующие результаты: сильно проявляется у 6% испытуемых, незначительно проявляется у 4%, и у 90% импульсивность не проявляется вообще. Результаты второй диагностики показали, что нет детей, у которых наблюдается сильный негативизм, но у 20% детей наблюдается слабое проявление, а у 80% он не выражен (Рис. 13).

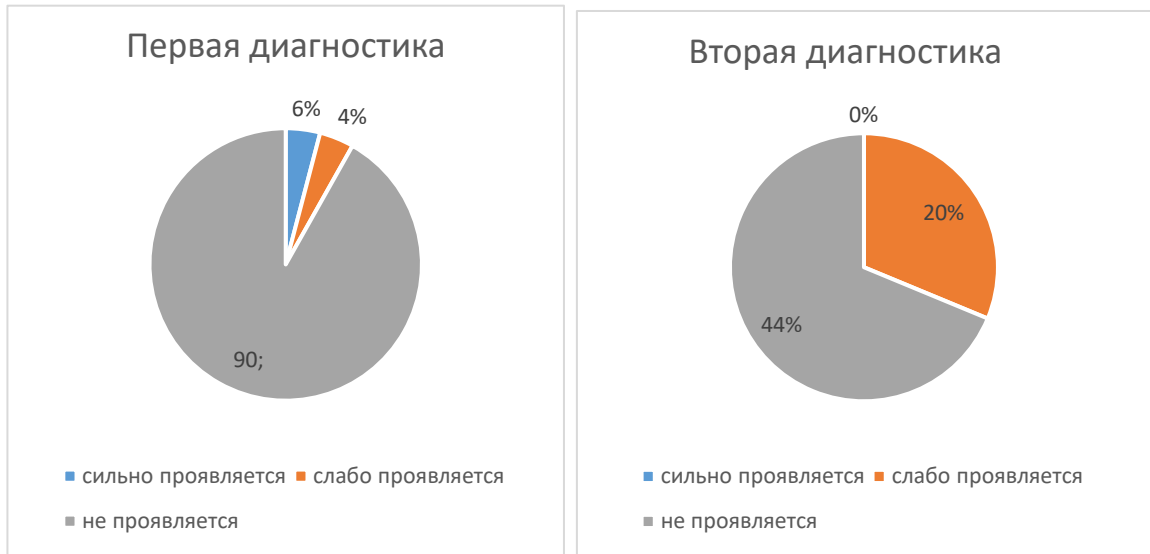


Рис. 13 Динамика показателя выраженности негативизма в группе «Адаптивный скалодром».

- Улучшились показатели моторной памяти ($p=0,012$).

На первой диагностике «показатели моторной память» соответствовали возрастной норме у 66% испытуемых, Слабость моторной сферы проявлялась у 9%, грубые нарушения наблюдались у 25%. На второй диагностике у 79% детей сформированность моторной сферы отвечала возрастной норме, у 21% выражена слабо, и во второй диагностике не было детей, у которых наблюдались грубые нарушения (Рис. 14).

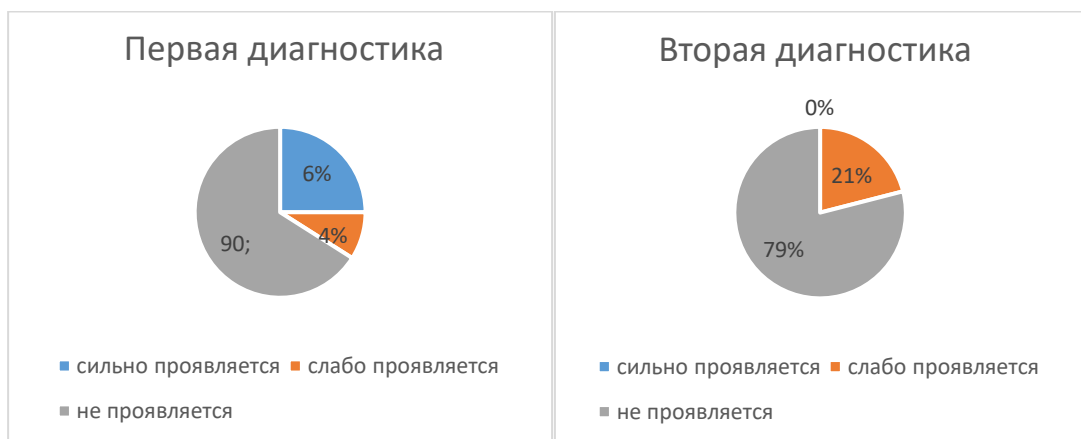


Рис. 5 Динамика показателя моторной сферы в группе «Адаптивный скалодром».

• Показатели пространственного фактора также улучшились ($p=0,000$). Увеличилось количество детей, не демонстрирующих симптоматику несформированности пространственного фактора, и снизилось количество детей с ярко выраженной симптоматикой. На первой диагностике показатели «пространственного фактора» соответствовали возрастной норме у 18% испытуемых, слабость моторной сферы проявлялась у 33%, грубые нарушения наблюдались у 35%. На второй диагностике у 81% детей сформированность моторной сферы отвечала возрастной норме, у 19% выражена слабо, и во второй диагностике не было детей, у которых наблюдались грубые нарушения (Рис. 15).

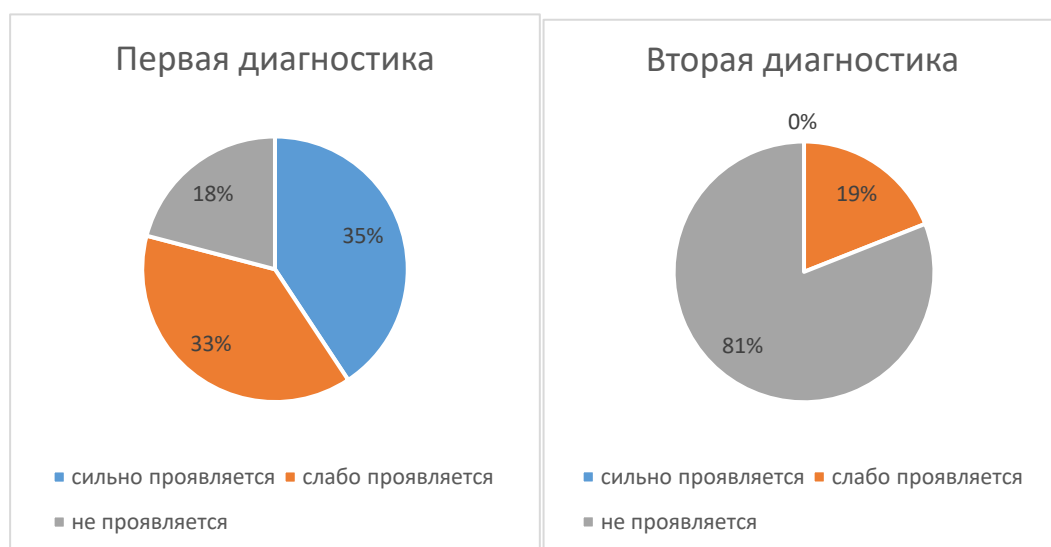


Рис. 15 Динамика показателя пространственного фактора в группе «Адаптивный скалодром».

• Показатели реципрочной координации изменились неравномерно. Количество детей с выраженной симптоматикой недостаточности реципрочной координации уменьшилось ($p=0,011$), но по завершению программы АФК преобладают дети с единичными симптомами, количество детей, не демонстрирующих негативную симптоматику, несколько уменьшилось. На первой диагностике наблюдались следующие показатели: сильно проявляется у 42%, слабо проявляется 24% и не проявляется вообще у 33%. Во второй диагностике: сильно проявляется у 11%, слабо проявляется 57% и не проявляется вообще у 32% (Рис. 16).

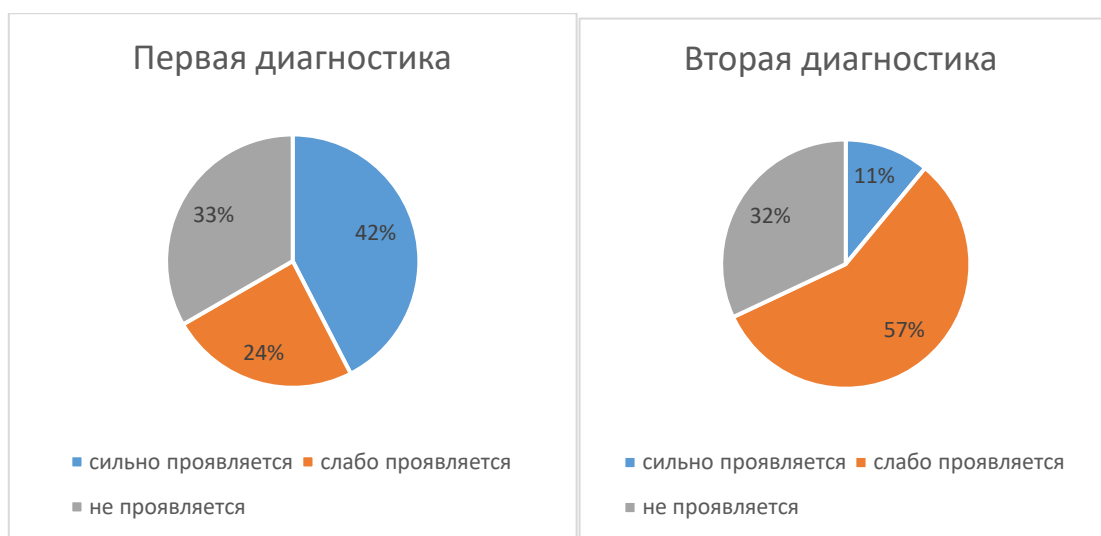


Рис. 16 Динамика показателя реципрокной координации в группе «Адаптивный скалодром».

Группа «Индивидуальные занятия»

Анализ динамики показателей психомоторного развития детей, занимающихся с тренерами индивидуально, позволил выделить некоторые значимые результаты (Таблица 1).

Таблица 1. Динамика показателей психомоторного развития в группе «Индивидуальные занятия».

Критерии анализа	Показатель значимости
Реакция на инструкции	0,028*
Инертность	0,193
Утомляемость	0,42
Импульсивность	0,842
Нейродинамика	1
Моторная память	0,549
Оральный праксис	0,42
Реципрокная координация	0,766
Динамический праксис	0,472
Зрительная-моторная координация	0,42
Восприятие ритмов	0,58

Не было выявлено значимых различий по исследуемым показателям: утомляемость, оральный праксис, воспроизведение ритмов, истощаемость, зрительно-моторная координация; значимая положительная динамика наблюдалась только по показателю «реакция на инструкцию».

4.3. Обсуждение результатов

В начале программы, когда была сформирована группа, дети характеризовались неуверенностью, слабостью и недостаточностью контакта и коммуникации, склонностью к игнорированию или невыполнению инструкций, более или менее выраженными инертностью, импульсивностью.

Стоит отметить, что именно групповые занятия «Адаптивный скалодром» показали хороший результат, они эффективнее в отличие от индивидуальных занятий и группы «Адаптивный батут». В группе «Адаптивный батут» показатель «Моторная память» не просто не улучшился, а даже снизился по сравнению с первой диагностикой.

Анализ данных по индивидуальным занятиям после первой и второй диагностики вообще не показали значимых результатов. У всех детей была выражена недостаточность нейродинамического компонента деятельности и снижена потребность во внимании и встречном интересе. Речь у большинства детей задержана, не сформирована по возрасту или отсутствует. Критичность, произвольное внимание, пространственные представления и мышление сформированы ниже возрастной нормы, недостаточны. Моторная сфера также отличалась незрелостью, слабостью, недостаточностью. На период завершения коррекционной программы дети продемонстрировали положительную динамику по ряду параметров. Их внимание и готовность следовать инструкциям усилились, дети активнее стали следить за собеседником, чаще откликаться на задание, проявлять большую дисциплинированность. Что особенно важно, больше детей стали ориентироваться на общение, проявлять интерес к людям, удерживать

контакт. В их поведении меньше прослеживалась импульсивность и, соответственно, уровень произвольного внимания несколько повысился (хотя всё же для организации своего поведения им недостаточно собственных стремлений, дети нуждаются во внешних инструкциях и контроле). Отмечался более высокий уровень общего моторного развития, дети стали более уверенно совершать движения, легче формировать программы действий. Инертность и склонность к повторяющимся стереотипным действиям снизились.

Результаты исследования указывают на то, что программы адаптивной физической культуры вносят явный вклад в психомоторное и психологическое развитие детей с нарушениями психического развития.

На основании данных обследования предлагаются рекомендации для родителей участников программы:

1. Рекомендовано наблюдение невролога и курс нейропсихологических занятий.
2. Рекомендованы занятия с психологом, направленные на развитие коммуникативных навыков.
3. Рекомендованы регулярные занятия адаптивным спортом – батут, скалодром.
4. Активные игры по принципу «условный сигнал», броски в цель помогут развить произвольное внимание.
5. Игры и физические упражнения, зарядка, в ходе которых ребёнок будет повторять движения за взрослым или сам выступать в роли ведущего будут способствовать развитию имитационного научения и приучат следовать образцу.
6. Настольные игры на внимание, сличение изображений, отслеживание изменения обстановки на прогулках и в быту будут способствовать развитию внимания и усидчивости.

7. Ежеутреннее планирование и ежевечерняя рефлексия событий дня помогут развить навыки внимания, контроля, критичности и планирования.

8. Рекомендованы занятия на развитие глагодвигательного репертуара и активность, требующая задействования двух рук (лепка, двуручное рисование, бросание и катание мячиков двумя руками и т.п.).

9. Рекомендованы занятия на развитие межполушарного взаимодействия.

10. Рекомендованы игры, направленные на развития пространственного восприятия.

11. Рекомендованы занятия, направленные на развития счетных функций (прямой, обратный счет).

12. Рекомендованы занятия, направленные на развитие чувства ритма (игра на ложках, хлопки по образцу, хлопки по инструкции: хлопни 3 раза, 5 раз).

ВЫВОДЫ

Цель данного исследования была достигнута: мы выявили динамику показателей психомоторного развития детей-участников абилитационных программ. Мы апробировали психодиагностический комплекс методик психомоторного восприятия на детях с нарушениями психического развития на базе спортивно-развлекательного центра «Небо» г. Москва, где реализуются программы адаптивной физической культуры АНО «Школа Героев».

Задачи теоретического анализа особенностей развития детей с нарушениями психического развития были реализованы. Был раскрыт процесс формирования психомоторной сферы у детей, описаны варианты нарушения психического развития детей. А также в работе были описаны основные подходы к нейропсихологическому обследованию детей и диагностике уровня психомоторного развития детей с нарушениями психического развития. Мы исследовали психомоторную сферу детей с нарушениями психического развития, принимающих участие в программах адаптивной физической культуры разных группах.

У детей с ОВЗ наблюдаются значимые нарушения в психомоторном развитии, в контакте с обществом, в системы коммуникации и общения, недостаточность словесного опосредствования. Эти дети имеют потребность в специальном и коррекционно-развивающем обучении, а их обучение в школе требует адаптированную коррекционную образовательную программу.

На основании результатов исследования и анализа литературы были разработаны методические рекомендации к логопедической работе по развитию общей, артикуляторной и мелкой моторики у детей с нарушениями психического развития. Работа должна строиться с учетом принципа единства познавательного процесса и двигательного акта, роли двигательного анализатора в процессе развития высших психических функций, степени и характера психомоторной сферы, т.е. учитывать

неоднородную структуру моторных нарушений. Следовательно, коррекционная работа носит дифференцированный характер. Разный уровень сформированности моторики и разный характер ее нарушения обусловили необходимость дифференцированного подхода к детям в работе по развитию психомоторной сферы.

Заключение

В детстве ребенок приобретает необходимые знания и навыки, усваивает новый для себя опыт, формирует систему ценностей, интересов и стремлений. В это время он создает своё первое целостное представление о мире. Однако, это бывает не всегда достижимо в силу ухудшения функционального и соматического состояния ребенка. Часто трудности в обучении у школьников возникают, когда уровень развития психомоторной сферы развит слабо. Для того, чтобы справиться с этой проблемой необходимо развивать крупную и мелкую моторику, подвижность, выносливость, владение основными движениями, возможность контролировать и управлять ими. Программа развития психомоторной сферы должна входить в основной вид психологической совместной деятельности взрослого и ребенка. Также, что не мало важно, она является тесной, эмоциональной, позитивной связью между взрослым и ребенком. Говоря о значении движений в жизни ребенка, надо хорошо понимать, что они играют значительную роль в развитии корковых функций, пространственных отношений, когнитивных функций и речи. Психомоторика присутствует в различных видах деятельности ребёнка, способствуя формированию у него представления о собственном теле, что является важным условием для нормального развития психики ребёнка.

Список литературы:

1. Абабков В.А. Клиническая психология учебник для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии. – Москва. – 2013.
2. Архипова С.В., Подшивалова М.С. Развитие психомоторных функций в дошкольном учреждении. Мордовский государственный педагогический университет. – Саранск. - 2021.
3. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии. Учебное пособие. - ПЕР СЭ, Ай Пи Эр Медиа - 2019.
4. Браим К.С. Особенности общей моторики детей дошкольного возраста с нарушениями речи. - Череповец. – 2016.
5. Голубева Л.Г., Пантюхина Г.В., Печора К.Л., «Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях», Владос, 2004.
6. Гуревич М.О., Озерцкий Н.И. Психомоторика. 2-е изд. – СПб.:ПИТЕР, 2009.
7. Детская логопсихология: учебник для студентов вузов, проходящим профессиональную подготовку по направлению 050700 «Специальное (дефектологическое) образование». – 2016.
8. Жестакова Е.А. Учет психомоторного развития в физическом воспитании детей грудного возраста. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: образование, педагогические науки. –Челябинск: изд-во Южно-уральского государственного университета (национальный исследовательский университет). – 2013.
9. Жолобов В.С., Максимова С.Ю. Развитие мелко-моторной координации стопы у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития средствами футбола // Материалы II Всероссийской с международным участием научно-практической конференции с – 2019. – С. 85-89.
10. Жукова Н.С., Мастюкова ЕМ. «Если ваш ребенок отстает в развитии». М.: Медицина, 1993. С. 25.

11. Загrevская А.И., Сосуновский В.С., Зальмеж Т.Н. Психомоторные особенности детей старшего дошкольного возраста // Психологическая наука и образование. - 2018. - Том 23. - № 5. - С. 13–21.
12. Зайцева Л. В., Полякова А.А., Шалина О.С. Нейрокоррекционный потенциал занятий адаптивной физической культуры. Сборник статей II Международного учебно-исследовательского конкурса, состоявшегося 15 декабря 2021 г. в г. Петрозаводске – 2021.
13. Камаргос Е.К, Масьель Р.М. Значение психомоторики в образовании детей. // Междисциплинарный основной научный журнал знаний. – 2016. – Т. 9. – С. 254-275.
14. Ковалев В.В. «Психиатрия детского возраста». М.: Медицина, 1979. С. 24-25.
15. Кочкина И.К. Познавательное развитие дошкольников с задержкой психического развития с использованием проектных технологий. - 2020.
16. Лебединский В. В. Л 332 Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 144 с. ISBN 5-7695-1033-1
17. Мастерова А.Ю. Формирование педагогических компетенций у родителей в вопросах познавательного развития старших дошкольников с задержкой психического развития. – 2019.
18. Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст. / Под ред. А.Г. Московкиной. — М.: Классике Стиль. – 2003.
19. Мичурина Ю.А., Лашкова Л.Л. Мир детства и образование. – Сборник материалов XII Международной научно-практической конференции. – Магнитогорск. – 2018.

20. Морозова И.С., Гарусова О.М. Психомоторное развитие дошкольников: Цикл занятий. – М.: Национальный книжный центр, 2016. – 96с.
21. Науменко Л.Л., Шабалина Н.Б. Особенности и методические приемы оценки развития детей раннего возраста. - ФГБУ ФБ МСЭ – 2015. – С. 14-30.
22. Поддъякова О.С., Челышева М.В. Нейропсихология детского возраста. - Учебное пособие.
23. Саенко Ю. В. Специальная психология: учебное пособие. – Москва. – 2006.
24. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. Библиотека психолога-практика. - М.: Аркти, 2001.
25. Семенова Т.А. Роль двигательной активности в развитии детей дошкольного возраста // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». - 2014.
26. Стрельникова А.С., Веселкова Е.А. Методы коррекции психомоторного развития детей с ограниченными возможностями здоровья. г. Новосибирск, Сибирский государственный университет путей сообщения – 2019.
27. Трауготт Н.Н. Межполушарное взаимодействие при локальных поражениях головного мозга // Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга. - М. - 1986. - С. 14 – 23.
28. Ушамирская Г.Ф. Специальная педагогика: студенческая научная работа. – Ч. 1. Сборник студенческих работ. 2012.
29. Шалина О.С. «Характеристика нарушений психического развития детском возрасте. <https://www.researchgate.net> – 2022.

30. Шувалова Ю.Н., Лаврова Е.В. Нарушение моторных функций у дошкольников со стертой формой дизартрии и пути их коррекции. // Московский социально-гуманитарный институт. – 2012.
31. Юматова Д.Б. Применение технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (ортобиотики в коррекционно-реабилитационной работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи. ГБУСО МО «Железнодорожный СРЦН «Горизонт», г. Железнодорожный Московской области – 2017.
32. Sher B. Early Intervention Games: Fun, Joyful Ways to Develop Social and Motor Skills in Children with Autism. Режим доступа: <http://www.freefullpdf.com/mobile.html#gsc.tab=0> Дата обращения: 15.12.2020
33. Johnstone J.A., Ramon M. Perceptual-Motor Activities for Children. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. – 2020.
34. Owem K., Yeates H., Taylor G. Neuropsychological Assessment of Children. Case Western Reserve University – 2005.
35. Kurtz L. Understanding Motor Skills in Children with Dyspraxia, ADHD, Autism, and Other Learning Disabilities. Amazon.com Services LLC – 2007.
36. Braun M., Tupper B., Neuropsychological Assessment: A Valuable Tool in the Diagnosis and Management of Neurological, Neurodevelopmental, Medical, and Psychiatric Disorders. Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology – 2011.
37. KIM D., SO W., The Effects of a Psychomotor Training Program on Physical Coordination in Children with Development Delay. Iranian Public Health Association & Tehran University of Medical Sciences – 2017.

**Протокол психологического обследования
детей-участников программ АФК**

Вставить протокол!!!