

**АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА
В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»

**АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

© ФГАОУ ВО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет», 2019

ISBN 978-5-8050-0665-5

Екатеринбург
РГППУ
2019

УДК 615.825(075.8)(0.034.2)

ББК Ч511.0я73-1я045

A28

Авторы: Т. В. Андрюхина (гл. 4); Е. В. Кетриш (введение, гл. 1, заключение);
Н. В. Третьякова (гл. 2); К. Н. Бараковских (гл. 3)

A28 **Адаптивная** физическая культура в комплексной реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. В. Андрюхина [и др.]; под общ. ред. Т. В. Андрюхиной. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2019. 158 с. Режим доступа: <http://elar.rsvpu.ru/978-5-8050-0665-5>.

ISBN 978-5-8050-0665-5

Адаптивная физическая культура рассматривается как наиболее доступное средство реабилитации и социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Пособие предназначено для бакалавров направления подготовки 44.03.04 Профессиональное обучение (по отраслям) профиля «Сервис» и направлено на формирование профессиональных компетенций в области адаптивной физической культуры.

Рецензенты: кандидат биологических наук, доцент А. Ф. Терешкин (ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»); доктор педагогических наук, доцент Е. А. Югова (ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»)

Системные требования: Windows XP/2003; программа для чтения pdf-файлов Adobe Acrobat Reader

Учебное издание

Редактор Е. В. Суворова; компьютерная верстка А. В. Кебель

Утверждено постановлением редакционно-издательского совета университета.

Подписано к использованию 5.03.19

Текстовое (символьное) издание (1,38 Мб)

Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета.

Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11

© ФГАОУ ВО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет», 2019

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1. Социальная интеграция инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	7
1.1. Интегративный потенциал инклюзивной стратегии образования: зарубежный опыт и современные российские реалии.....	7
1.2. Основные подходы к проблеме социальной интеграции инвалидов в современном обществе.....	15
1.3. Основные социальные барьеры и их взаимосвязь с моделями инвалидности в современном российском обществе.....	25
Контрольные вопросы и задания.....	36
Глава 2. Теоретико-методологические основы адаптивной физической культуры.....	37
2.1. Адаптивная физическая культура в институциональном измерении.....	37
2.2. Концептуальные основы адаптивной физической культуры.....	50
2.3. Средства и методы адаптивной физической культуры.....	64
Контрольные вопросы и задания.....	76
Глава 3. Роль адаптивной физической культуры в социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	78
3.1. Адаптивная физическая культура как составная часть комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	78
3.2. Основные функции адаптивной физической культуры и спорта, их взаимосвязь со стратегией социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	84
3.3. Социализация лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры.....	91
Контрольные вопросы и задания.....	96
Глава 4. Частные методики адаптивной физической культуры.....	98
4.1. Медико-физиологические и психологические предпосылки построения частных методик адаптивной физической культуры.....	98
4.2. Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий как основа частных методик адаптивной физической культуры.....	101

4.3. Методика адаптивной физической культуры для детей с нарушением зрения.....	103
4.4. Методика адаптивной физической культуры для детей с нарушением слуха.....	108
4.5. Методика адаптивной физической культуры для детей с умственной отсталостью.....	121
4.6. Методика адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе.....	129
Контрольные вопросы и задания.....	146
Заключение.....	149
Библиографический список.....	151

Введение

Обращение исследователей к адаптивной физической культуре как к многогранному социальному объекту, социальному феномену и фактору социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) приобретает в современных условиях особую значимость.

Достаточно быстрое развитие и внедрение адаптивной физической культуры в систему образовательных и научных организаций Российской Федерации породили ряд трудностей и противоречий, обусловленных недостаточно четкой разработанностью ее проблемного поля, методических основ, принципов, функций и др.

В сложившейся ситуации важным становится понимание адаптивной физической культуры как нового научного направления образовательной деятельности, интегрирующего в себе как минимум три крупных области знаний – физическую культуру, медицину, коррекционную педагогику, а также большое количество учебных и научных дисциплин: теорию и методику физической культуры, теорию и методику отдельных видов спорта и их групп, теорию и методику физического воспитания, двигательную рекреацию, физическую реабилитацию, анатомию, физиологию, биохимию, биомеханику, общую и частную цитологию, психологию болезни и инвалидности, социальную психологию, социальную педагогику, психиатрию, психоконсультирование и т. п.

Целью данного учебного пособия является оказание методической помощи бакалаврам в организации индивидуальной и групповой учебно-познавательной деятельности в процессе освоения дисциплины «Адаптивная физическая культура». Курс разработан в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 44.03.04 Профессиональное обучение (по отраслям), профилю «Сервис», профилизации «Физкультурно-оздоровительный сервис».

Учебное пособие предполагает знакомство с особенностями социальной интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также с теоретико-методическими основами адаптивной физической культуры. Студенты узнают о роли адаптивной физической культуры в социальной интеграции лиц с ОВЗ и познакомятся с частными методиками адаптивной физической культуры.

Курс «Адаптивная физическая культура» предполагает введение студентов в область инновационной практической педагогической деятельности, обеспечивает осознание необходимости овладения разносторонними мировоззренче-

скими знаниями, системой ценностей, интересов, мотивов, имеющих нравственную гуманистическую направленность. Такая позиция побудит специалиста выйти на уровень глубоко осознанной и психологически положительно мотивированной образовательной деятельности и решить главную задачу профессиональной деятельности: убедить человека с проблемами в состоянии здоровья в том, что физическая культура является для него объективной жизненной потребностью, способом и условием полноценной, полноправной жизни.

Цель курса: дать возможность будущему специалисту целостно осмыслить суть профессиональной деятельности в сфере адаптивной физической культуры.

Основные задачи курса:

1) сформировать у студентов профессиональное мировоззрение, интерес и познавательную активность к проблемам адаптивного физического воспитания, основанных на личностно-ориентировочной аксиологической концепции отношения к инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья;

2) обеспечить освоение студентами знаний теории и организации адаптивного физического воспитания в образовательных организациях, целостное осмысление профессиональной деятельности, методологических подходов, общих закономерностей данного вида социальной практики;

3) обеспечить освоение студентами опыта эмоционально-ценностного отношения к будущей профессиональной деятельности и сформировать у них убеждение в необходимости действенной и эффективной реализации процессов комплексной реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и их социальной интеграции.

При этом важным представляется лишь очертить некоторые аспекты поднятых проблем и вопросов. Основная задача учебного пособия состоит в предоставлении студенту права самостоятельно, согласуясь со своими интересами, с той реальностью, в которую он погружается в ходе освоения курса, моделировать собственное понимание рассматриваемой проблемы, формировать умения работать в инновационной образовательной среде, что в совокупности должно обеспечить готовность к решению профессиональных задач.

Структура и содержание работы рассчитаны на студентов физкультурных вузов и факультетов физической культуры педагогических вузов. Кроме того, учебное пособие может быть полезно инструкторам по физической культуре дошкольных образовательных организаций, педагогам общеобразовательных школ, слушателям курсов повышения квалификации в сфере физической культуры.

Глава 1. СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Интегративный потенциал инклюзивной стратегии образования: зарубежный опыт и современные российские реалии

В последнее время как следствие общемировых тенденций гуманизации общественной жизни началось активное формирование безбарьерной среды, возросло внимание к проблеме образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Обратимся к зарубежному опыту решения проблемы интеграции инвалидов и лиц с ОВЗ через образовательную среду и рассмотрим его отличия от отечественной практики.

В США, где проблема равноправия различных слоев общества носит достаточно острый характер, эффективно работает концепция мейнстриминга. Она предполагает воспитание в человеке лидерских качеств и личностное стремление к активной социализации. «В условиях образования мейнстриминг предполагает совместное обучение, однако образовательный мейнстриминг (Educational mainstreaming) отличается от инклюзии тем, что ребенок с инвалидностью должен “заработать”, “доказать” возможность обучения в образовательных учреждениях наравне со здоровыми сверстниками. При этом инклюзия предполагает изначальное включение в среду типичных сверстников без этого условия» [92]. Для российских реалий чаще всего характерно льготное включение учащихся с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду, исходя из его статуса инвалидности.

В российских и американских школах образование строится по разным принципам, в том числе аксиологическим. В американской системе образования чаще всего делается ставка на понятие «лидерство». При этом можно выделить как положительные, так и отрицательные стороны такого подхода. В частности, с одной стороны, речь идет о выработке силы характера и целеустремленности с раннего возраста, с другой стороны, кроме лидерства, в обществе культивируется феномен аутсайдерства. В связи с тем, что система образования отличается тем, что при обучении не всегда изначально ясно,

как раскроются те или иные способности человека, такая ситуация может стать непосильным стрессором, отбивающим стремление к получению реального, а не формального образования. При этом для российской системы образования характерно поддержание общего среднего уровня. Однако тут можно отметить, что зачастую российский средний уровень по ряду показателей может конкурировать с американским высшим уровнем.

Понятие «стипендия» в России и США существенно отличается. Для американских студентов получение стипендии – это уникальный шанс получения бесплатного образования. В России это – финансовая поддержка студентов, которые хорошо учатся и уже получают бесплатное государственное образование. Соответственно, американская система образования ставит в приоритет естественный принцип выживаемости, тогда как в российской действительности реализуется государственная образовательная программа [5].

Необходимо отметить при этом, что средний уровень доходов в России значительно ниже, чем в США. Этот факт объясняет, почему для России политика бесплатного образования более эффективна, чем естественный принцип выживания. Таким образом, концепция мейнстриминга, принятая за основу в зарубежной практике, в российской действительности может оказаться структурой, отказывающей инвалидам и лицам с ОВЗ в возможности наиболее результативного способа социализации. Дотационная система, предполагающая инклюзию, также имеет свои достоинства и недостатки. Положительной стороной можно считать государственное регулирование проблемы интеграции инвалидов в общество посредством образовательной среды. Минус состоит в том, что, попадая в образовательную среду, инвалид или обучающийся с ОВЗ не всегда готов к высокой динамичности процесса образования, который при предвзятом отношении педагогов может стать существенным стрессором.

При этом комплексно ориентированная модель преодоления социальных барьеров студентами с ОВЗ в США является основанием для применения модели мейнстриминга, в России же именно она объясняет, почему мейнстриминг может быть малоэффективен. Ввиду того, что проблема должна решаться интегративно, необходимо учитывать реалии социальной среды. Соответственно, даже прогрессивные тенденции, взятые абстрактно, без учета специфики обстоятельств, могут быть как минимум несвоевременными. Ситуация такова, что для современного российского общества все еще в большей степени характерна медико-ориентированная модель.

Эта тенденция дает о себе знать не только на уровне отношения общества к проблеме инвалидности, но и в наиболее распространенных моделях поведения самих инвалидов. Так, по результатам одного социологического исследования на первом месте в графе наиболее важных проблем интеграции людей с ОВЗ, которые нуждаются в разрешении, были названы обеспечение медикаментами и необходимым лечением, создание доступной физической среды, трудоустройство инвалидов. Фактор социализации и социальной интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья посредством института образования был отмечен в последнюю очередь. К сожалению, это свидетельствует не о том, что в данной сфере все обстоит наилучшим образом. Речь идет скорее об общей социальной ориентированности на дотационную систему социальных отношений. Решение проблем в обозначенных сферах, что становится понятно из результата опроса, предполагается на социальном общегосударственном уровне. Тогда как система образования – это сфера, в которой в наибольшей степени результат зависит от усилий самого человека [16]. Таким образом, создание эффективной стратегии преодоления барьерной среды не может происходить в одностороннем порядке, поскольку это процесс, в котором важную роль играет не только отношение общества к людям с ОВЗ, но и их отношение к обществу и самим себе. Целостного результата в данной области можно достичь только учитывая все вышеуказанные аспекты.

Проведенный анализ позволяет выделить три основные стратегии преодоления социальных барьеров обучающимися с инвалидностью и ОВЗ. Эти стратегии составляют иерархию основных тенденций преодоления социальной барьерности в современном обществе.

Очень часто применяемой, но при этом наименее эффективной может считаться *стратегия сегрегации*. Сегрегация обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов предполагает две формы: дистанционное обучение и создание специализированных учебных заведений. Здесь ярко выражен подход к проблеме в рамках модели медицинской ориентированности. Эта стратегия, опять же, имеет как положительные, так и отрицательные эффекты.

Положительный эффект подобной стратегии заключается в том, что учитывается медицинский, физиологический и психологический аспекты. Обучающийся может находиться у себя дома, в привычных условиях, и получать дистанционное образование, а может находиться в специально оборудованных помещениях, учитывающих его физические особенности.

В психологическом плане при таком подходе в выигрыше остаются те обучающиеся, которые испытывают психологические проблемы в общении со сверстниками. На дистанции или в специальных учреждениях эта проблема отодвигается на второй план. Отрицательная сторона такого подхода выражается в двух аспектах.

Во-первых, замкнутые учреждения, в которых учатся люди с проблемами ОВЗ, не обеспечивают социализацию и интеграцию человека, напротив, за время обучения по принципу различия среды проживания и общения устанавливается серьезная демаркация, разделяющая людей по принципу «здоровый – больной» [5]. При этом принцип дискриминации носит обоюдный характер. Обучающиеся в специальных заведениях для инвалидов психологически воспринимают общество как две системы: «мы» и «они». Для общества также характерен подобный процесс. Исключая из образовательной среды студентов-инвалидов, общество утверждает принцип неприятия по отношению к людям с ОВЗ ввиду того, что во время обучения и становления личности обычные учащиеся не имели возможности тесного контакта с ними.

Во-вторых, отрицательным моментом может считаться получение образования на расстоянии, поскольку, как правило, дистанцированность человека от социальной среды основывается не на физических проблемах, а на психологических. Дистанция их не решает, более того, велика опасность усугубления проблем. С развитием глобальных информационных технологий вариативность негативных последствий замкнутого образа жизни детей-инвалидов и детей с ОВЗ увеличилась и может быть сведена к трем основным проявлениям.

В первом случае происходит уход в себя, формируется сознательный отказ от общества, позитивный результат от получения образования сводится к минимуму за счет того, что знания по определению не получают практического применения в социальной среде.

Второй вариант последствий связан с развитием интернет-технологий, онлайн-игр и социальных сетей и выражается в том, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья получает социальное общение путем вживания в создаваемые образы. В умеренных количествах подобные увлечения не представляют опасности, но, когда человек предоставлен самому себе, а внешний мир воспринимает как реальность, в которой он аутсайдер, возникает вероятность эмоционального и личностного ухода в виртуальное пространство. Вполне естественно, что получаемое образование также

не находит социального применения. Для личности же это чревато тем, что рано или поздно приходит осознание несоответствия своего реального и виртуального образов. Более того, если в социальной среде виртуального пространства у человека появляются друзья и близкие люди, то с течением времени возникает боязнь того, что от человека откажутся, если узнают, кто он на самом деле. В результате это может привести к развитию депрессии или более серьезным психологическим последствиям [5].

В третьем варианте негативного течения событий, оставшись в замкнутом пространстве, дистанцируясь от людей, ребенок с визуально выраженными проблемами здоровья может попасть под влияние антиобщественных движений. Очевидно, что низкий социальный опыт делает человека уязвимым, тогда как наличие ресурса свободного времени и личная активность требуют фокусного применения. В лучшем случае человек может заниматься общественной деятельностью посредством интернет-сообществ. В худшем варианте возможно влияние экстремистских организаций или тоталитарных сект. Проблема уязвимости молодежи в информационном пространстве современного общества активно исследуется современными социологами, в том числе и представителями краснодарской школы [42]. Следует отметить, что когда речь идет о детях с ОВЗ, то вероятность негативных последствий значительно усиливается.

Сегрегация инвалидов в системе образования значительно проигрывает другой стратегии, более совершенной в плане социализации людей с ОВЗ в социум. Речь идет о *стратегии интеграции*. Такого рода система предполагает совместное обучение в рамках одной образовательной организации как обычных детей, так и детей с различными нарушениями. Совместное обучение, досуговая деятельность и участие в мероприятиях в значительной степени повышают уровень социализации таких детей. Положительным образом это влияет и на развитие принципа толерантности в образовательной среде. Для здоровых представителей системы образования со временем становится нормальным органичное сосуществование с теми, кто отличается от них по каким-либо критериям. Исключаются элиминация и дискриминация. При этом определенный уровень разделения все-таки сохраняется. Здесь можно выделить две основные причины. Во-первых, определенная дистанцированность сохраняется по причине группового разделения, она носит формальный определяющий характер. А во-вторых, разделение происходит естественным образом, исходя из

общих особенностей распорядка дня и бытовых приоритетов обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Данная стратегия широко используется в современных образовательных организациях как в России, так и за рубежом. На сегодняшний день из наиболее известных высших учебных заведений, применяющих данную модель, можно назвать Московский государственный технический университет имени Н. Э. Баумана, Московский педагогический государственный университет, Академию управления Министерства социальной защиты Республики Татарстан, Российский государственный педагогический университет имени А. И. Герцена, Российский государственный социальный университет, Владимирский государственный университет [17]. Модель в целом зарекомендовала себя с положительной стороны, но при этом и она в частных случаях не лишена недостатков, к примеру, можно выделить формальную разделенность, которая в образовательной системе вводит еще один определяющий статус – «инвалидность».

Наряду с практикой интеграции в современном обществе широко применяется *стратегия инклюзии*. В рамках данной концепции происходит полное включение лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду. К ним применяются те же требования и критерии оценки, что и к обычным учащимся. Также активно происходит их включение в социальные мероприятия и досуговую деятельность. При этом, по мнению Е. В. Александровой, возможная дистанцированность обуславливается двумя факторами: субъективными (специфика межличностных взаимоотношений) и объективными (различие в необходимых элементах быта) особенностями [5]. Такая концепция наилучшим образом способствует процессам социальной интеграции и коммуникации. Также в рамках обозначенного подхода максимально устраняется возможность элиминации и дискриминации, при этом, по мнению исследователей в области социальной педагогики, положительный социальный опыт получают и обычные студенты. Так, по замечанию Д. В. Зайцева, «дети без отклонений в здоровье, обучавшиеся с раннего возрастного периода совместно с детьми-инвалидами, впоследствии не испытывают на себе трудности, связанные с «психологией расизма», они более толерантны и доброжелательны» [36, с. 29].

Однако и этот подход неабсолютен ввиду того, что требует, во-первых, высокого уровня культурной и социальной организации образовательной среды, а во-вторых, высокого уровня технического оснащения

всего учебного пространства, а не только специально отведенного под занятия с группами студентов с проблемами ОВЗ.

Таким образом, на пути интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в социальную среду посредством института образования стоит ряд барьеров, преодоление которых – задача двусторонняя. С одной стороны, речь идет о создании благоприятных социальных условий для преодоления социальных барьеров. С другой – необходимо обеспечить ситуацию, комфортную для личностного роста, способствующую активному преодолению барьерного сопротивления.

Е. В. Александрова в своем исследовании выделяет следующие факторы преодоления социальных барьеров в образовательной среде [5]:

1. Фактор доступности социальной среды предполагает физическое обеспечение минимального комфорта. Этот фактор позволяет минимизировать энергозатратные различия между инвалидами и обычными студентами.

2. Фактор интеграции студентов с ОВЗ в образовательную среду путем нивелирования их отличий. Это «растворение» не только оказывает обоюдное влияние на психологический комфорт пребывания студентов-инвалидов в образовательной среде, но и повышает социокультурный уровень студентов без визуальных нарушений здоровья.

3. Фактор регулирования морально-нравственной среды позволяет на уровне идеи учебного заведения утвердить принципы толерантности и гуманистического отношения к студентам с ОВЗ со стороны как преподавательского состава, так и одноклассников.

4. Фактор медицинского обеспечения должен перекрывать возможное возникновение проблем, связанных со специфическим состоянием здоровья учащихся.

5. Фактор фокусной помощи должен быть реализован за счет адресности мероприятий и выделяемых ресурсов, тем самым гарантируется эффективность целевого вмешательства без задействования масштабных бюджетных программ.

6. Фактор воспитания независимости должен формировать личностную зрелость и самостоятельность. Предполагается, что через институт образования должны раскрыться качества человека вне зависимости от возможностей его здоровья, способствующие его эффективной социализации в рамках концепции независимой жизни.

7. Фактор профессионализма как результат образовательной деятельности должен обеспечить конкурентоспособность выпускников вуза.

Эффективность интегративных процессов включения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в социальную жизнь без ущерба как для представителей социализируемой категории, так и для всего общества в целом можно обеспечить только с учетом равномерного и сбалансированного использования всех вышеуказанных факторов.

Отметим, что образовательная система хоть и является наиболее эффективным способом интеграции лиц с ОВЗ в социальную среду, но далеко не единственным. Комплексная социализация предполагает раскрытие перспектив широкого спектра вариантов интеграции. Вместе с тем можно выявить принципиальную интенцию, гарантирующую максимальную эффективность социализации людей с ОВЗ, – это стремление к развитию тех возможностей физического и интеллектуального потенциала, которые имеются в наличии. Здесь в качестве важного добавления к интеграции посредством института образования применим метод комплексного физического развития через спортивные мероприятия и приобщения к специализированным спортивным программам. В ходе дальнейшего обсуждения подробно будут рассмотрены принципы эффективной интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в социум посредством физической культуры и системы спортивных мероприятий.

В своем исследовании Е. В. Александрова делает вывод, что профессионально ориентированная социализация представляет собой процесс формирования необходимых для полноценной профессиональной интеграции личности социально значимых качеств. В социоструктурном и функциональном аспектах данный процесс выражается в освоении на базовом уровне коммуникативных навыков, референтных доминирующим в предполагаемой сфере профессиональной самореализации социокультурным установкам. Профессионально ориентированная социализация является вторичным типом социализации, и потому основным институтом, в рамках которого она осуществляется, выступает институт образования. Ориентация на профессиональную деятельность в процессе профессионально ориентированной социализации обеспечивается замещением агентами такой социализации идеальных типов коллеги, наставника и руководителя. В роли значимых агентов профессионально ориентированной социализации, коммуникация с которыми осуществляется на всем ее протяжении, может выступать администрация образовательного учреждения (замещается идеальный тип руководителя, формируется базовая модель коммуникации «начальник – подчиненный»); педагогический состав (идеальный тип на-

ставника, модель «начинающий специалист – опытный наставник»); учащиеся-сверстники (идеальный тип коллеги, модель «коллега – коллега»). В другую группу значимых субъектов профессионально ориентированной социализации входят специалисты, с которыми контактирует социализирующийся субъект в процессе учебной и производственной практик. В данном случае речь идет не о замещении перечисленных идеальных типов, а об их аутентичной реализации: в процессе прохождения практики социализирующийся осуществляет коммуникации как с наставниками (практикующими специалистами, имеющими опыт работы по осваиваемой студентом профессии), так и с руководителями (руководством предприятия и подразделения, в котором социализирующийся проходит практику). Руководитель практики совмещает оба указанных идеальных типа [5].

Однако, несмотря на значимость освоения коммуникативных моделей в аутентичном виде, практика занимает недостаточную часть учебного времени для того, чтобы социально значимые качества, приобретаемые в ходе ее прохождения, носили устойчивый характер. Кроме того, остается практически нереализуемым идеальный тип коллеги с соответствующей моделью коммуникации, что в совокупности с ранее указанным обстоятельством не позволяет считать агентов практики основными в процессе профессионально ориентированной социализации.

1.2. Основные подходы к проблеме социальной интеграции инвалидов в современном обществе

В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) социальная интеграция лиц с инвалидностью выступает конечной целью их реабилитации. В этом параграфе рассмотрим наиболее распространенные модели и подходы к социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

За рубежом изучение социальной интеграции людей с ОВЗ имеет длительную историю. Отечественные исследователи обратили внимание на данную проблему лишь в последние два десятилетия.

Например, по мнению А. А. Яковлевой, социальная интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья – это процесс и результат включения инвалида в жизнь общества на равных правах с остальными людьми [88].

Т. В. Егорова считает, что социальная интеграция лиц с ОВЗ – это процесс и результат предоставления прав и реальных возможностей участ-

воватъ во всех видах и формах социальной жизни наравне и вместе с остальными членами общества в условиях, компенсирующих ему отклонения в развитии и ограничения возможностей [33].

И. П. Волкова определяет социальную интеграцию лиц с инвалидностью как «включение в социальные связи и отношения на равных правах с другими членами общества» [19, с. 9].

Л. М. Шипицына отмечает недостаточно четкую определенность данного понятия и указывает на условия, необходимые для ее достижения. Это, в первую очередь, реализация принципа «качества жизни», предполагающего обеспечение людям с инвалидностью условий для наиболее полного удовлетворения их потребностей, а во вторую очередь – соблюдение принципа нормализации, заключающегося в предоставлении людям с ОВЗ социальных прав и привилегий наравне с условно здоровым большинством [38].

В современной коррекционной педагогике и психологии интеграция понимается, с одной стороны, как конечная цель деятельности специальных коррекционно-образовательных организаций обучения и воспитания детей, имеющих психофизические особенности здоровья, с другой – как процесс и результат включения людей с ОВЗ в социум посредством разнообразных социальных и образовательных мероприятий.

Таким образом, все трактовки социальной интеграции, которые рассмотрены выше, условно можно разделить на две группы. В первую группу войдут позиции, в рамках которых социальная интеграция исследуется на уровне общества в целом и понимается как процесс и результат объединения различных элементов общества в единое целое. Ко второй группе относятся те подходы к социальной интеграции, в контексте которых она толкуется как процесс и результат включения индивида в общество на равных со всеми остальными его членами.

По мнению Н. В. Агеевой, факторы, способствующие успешной социальной интеграции лиц с ОВЗ, разработаны недостаточно, и, опираясь на отдельные исследования Е. Азаровой, Т. Добровольской, Л. Туевой, Н. Усковой, Н. Шабалиной и др., она предлагает свою классификацию факторов, распределенных по взаимосвязанным и взаимоопределяющим друг друга уровням:

1) макрофакторы, функционирующие на уровне государственной политики инвалидности, законодательных актов по данной тематике, социальных представлений, средств массовой информации, а также экономический, культурный, религиозный, исторический, трудовой, средовой и другие факторы;

2) мезофакторы аналогичны макрофакторам, но функционируют на уровне конкретного субъекта государства;

3) микрофакторы представлены на уровне микросоциума и непосредственных групп, в которые включен индивид;

4) индивидуально-личностные факторы отражены в личностных характеристиках и типологических особенностях человека с инвалидностью.

Таким образом, автор предлагает развернутую классификацию изучения влияния всех факторов, которое возможно лишь при сотрудничестве специалистов различных направлений [1].

А. А. Яковлева в качестве критериев социальной интегрированности рассматривает учебную деятельность, трудовую занятость, общественную активность, досуговую деятельность, удовлетворенность материальным положением, наличие или отсутствие трудностей во взаимодействии с людьми, наличие собственной семьи, ощущение себя полноценным членом общества, удовлетворенность жизнью в целом, социально-психологическую адаптированность. Критерии социально-психологической адаптированности при этом – преобладающий эмоциональный фон, уровень пространственной, хозяйственно-бытовой, межличностной адаптации, аутоадаптации [87, 88].

И. П. Волкова значимыми и объективными критериями социальной интегрированности считает:

- социальную адаптированность;
- включенность инвалида в социокультурную среду, выражающуюся в проявлениях социальной активности, доступности информации, проведении досуга;
- социальное благополучие, понимаемое как интегральная характеристика качества жизни в обществе, прослеживающаяся в достижении позитивного социального статуса, в показателях общего состояния здоровья, наличии работы, образования, успешных межличностных и внутрисемейных отношений, возможности продуктивного, активного проведения досуга.

Социальная адаптированность определяется автором через уровневые характеристики приспособления инвалидов к социальным и бытовым условиям, к межличностным отношениям, к себе самому. Помимо объективных И. П. Волкова выделяет и субъективные критерии интегрированности: самооценку адаптированности, личностной и социальной активности, удовлетворенность социальным взаимодействием, качеством жизни, деятельностью [19].

Далее обсудим, какими путями в современном обществе достигается социальная интеграция лиц с инвалидностью и является ли данная интеграция целью государственной политики в отношении инвалидов и реализуемых реабилитационных мероприятий.

Политика государства в отношении лиц с ОВЗ вносит свой вклад в формирование социальных представлений об инвалидах и процесс их интеграции в общество. В мировой практике насчитывается порядка десятка концептуальных моделей инвалидности, на той или иной из них либо на сочетании нескольких моделей основываются законодательства зарубежных стран. Рассмотрим эти модели.

Моральная (религиозная) модель инвалидности рассматривается как наиболее древняя с исторической точки зрения. В наши дни она практически не используется на уровне политики страны, но может быть распространена в обществе в форме социальных представлений. В данной модели инвалидность выступает в форме наказания за грехи и трактуется как выпадение из нормы «человек – подобие Бога». Сам человек, понесший такое наказание, воспринимался как неполноценное существо, не заслуживающее внимания, испытывающее стыд, чувство вины, имеющее низкий социальный статус.

Современные представления об инвалидности можно условно разделить на две группы, соответствующие двум главным концептуальным моделям инвалидности: медицинскую и социальную.

Если рассматривать лиц с ОВЗ с точки зрения *медицинской модели*, то речь пойдет о человеческом организме, имеющем определенную патологию или дисфункцию, полученную в результате болезни, травмы или иного воздействия, нуждающуюся в исправлении посредством медицинского вмешательства и накладывающую временные или постоянные ограничения, различные по степени выраженности и сфере проявления. Таким образом, измениться должен именно сам инвалид, чтобы максимально приблизиться к принятому в обществе понятию «норма». Помимо прочего транслируется идея изоляции людей с ОВЗ от социума, их неспособности самостоятельно принимать решения, в связи с чем они являются скорее объектом политики, нежели ее субъектом, и им необходимо следовать за решениями большинства.

Именно данная модель является наиболее распространенной в обществе и служит источником предубеждений и мифов, создающих барьер

между здоровыми людьми и людьми с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья. Это, например, миф о том, что образ жизни инвалида трагичен и в корне отличен от образа жизни других людей; что инвалиды не способны вступать в интимные отношения и быть родителями; что инвалиды постоянно нуждаются в помощи, обладают низким социальным статусом и т. д.

Разновидностью медицинской модели считается *реабилитационная модель*, которую еще называют моделью функциональной ограниченности. Инвалид рассматривается как человек, неспособный выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми. Главная проблема – это наличие дефектного тела или психики, нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации с целью устранения функциональных расстройств, вызываемых дефектами. Суть реабилитации – приспособить инвалида к социуму [79].

В основе *экономической модели* лежит представление о перераспределении доходов между различными слоями общества, основанием же для него является определение инвалидности, предложенное в медицинской модели. Люди с инвалидностью по меркам данной модели физически неполноценны, а значит, либо не могут работать вообще, либо нуждаются в гораздо меньшей нагрузке. Это влечет за собой отношение к лицам с ОВЗ как к неполноценным, менее производительным, экономически ущербным.

Согласно *социальной модели* инвалидность – социальная проблема, требующая политического вмешательства, возникающая из-за неприспособленности окружающей среды к людям, имеющим ограничения. Причем данная неприспособленность связана не только с конкретными бытовыми условиями, но и с отношением социального окружения. Ограниченные возможности в рамках данной модели рассматриваются как результат социального, экономического и политического притеснения инвалидов внутри конкретного общества. Отсюда должно измениться и отношение к людям с инвалидностью как к притесняемой группе, а не аномальным, живущим в постоянной трагедии индивидам. В отличие от медицинской модели объектом изменений должен стать не только инвалид, но и само общество. При этом инвалид рассматривается в качестве полноценного субъекта, интегрированного в общество наравне со здоровыми людьми и участвующего в жизни этого общества и принятии решений. Социальная модель создана самими инвалидами, в число которых входят исследователи и политические деятели.

Данная модель менее распространена в обществе, но именно в ее пользу говорят рассмотренные работы П. В. Романова, Е. Р. Ярской-Смирновой и др. [60, 89, 90, 91].

О. А. Федорова проанализировала в своем исследовании различные варианты социальной модели инвалидности [79]. Ниже представим эти модели и дадим им характеристику.

Британская материалистическая модель вытекает из учения К. Маркса и рассматривает инвалидность как социальное угнетение, а самих инвалидов как социально угнетенных.

Британская модель независимой жизни делает акцент на идее нормализации, идеологии независимой жизни инвалидов. В практике она выражается в свертывании сети специализированных интернатов для людей с ОВЗ и развитии вместо них разнообразных форм обслуживания и поддержки по месту жительства. Также активно пропагандируется развитие самопомощи, трансформация человека с инвалидностью в активного члена общества, самостоятельного принимающего решения и несущего ответственность.

Концепция меньшинства рассматривает людей с инвалидностью как социальное меньшинство, чьи права ущемляются барьерной средой. В целях соблюдения данных прав они должны быть прописаны законодательно.

Модель Handicap, предложенную Ф. Вудом и одобренную ВОЗ, принято относить одновременно к философской, медицинской и социальной концепциям. Главный постулат, лежащий в основе модели гласит, что инвалидом оказывается любой человек, перед которым встают препятствия, ограничения, мешающие ему нормально действовать, в результате чего он попадает в социально невыгодное положение. В целях реализации данной концепции социальный работник сопровождает человека с ограниченными возможностями здоровья во время адаптации и социализации. Главная задача – интегрировать личность с ОВЗ и предоставить ей возможность для саморазвития, сняв все возможные социальные препятствия как социально-психологического, так и материально-технического характера.

Психосоциальная модель инвалидности вытекает из учения И. Гофмана, методологической базой ей служит социология символического интеракционизма. И. Гофман рассматривал разрыв между «виртуальной» и «актуальной» социальной идентичностью, между тем, кем человек должен быть, и тем, кем он является. Разрыв между двумя идентичностями трактовался автором как «клеймо», «стигма». К носителям стигмы отно-

сятся и люди с ограниченными возможностями здоровья. Через призму стигмы рассматриваются театрализованные взаимодействия «нормальных» и «заклейменных» людей. Сама инвалидность понимается как результат действия стигмы, а граница между «нормой» и «стигмой» является социальной конструкцией, имеющей динамичный характер и изменяющейся в зависимости от пространственно-временных аспектов конкретной социальной системы. В связи с чем необходимо менять само понятие «нормы», принятое в социуме, расширять его границу с целью включения в «норму» лиц с ОВЗ и снятия с них «стигмы».

Еще одной разновидностью социальной модели инвалидности является *культурная модель*, которая предлагает рассматривать инвалидность как совершенно особый, отличный от других культурный феномен. В рамках данной концепции изучают вопросы о том, как сплачивает людей с ОВЗ особая групповая идентичность, как лица с инвалидностью используют культуру и искусство для формирования собственного положительного публичного образа. В понятие культуры инвалидности входит и понимание самими инвалидами собственной жизни как жизни людей с ограниченными возможностями, и положительная групповая идентичность, гордость за принадлежность к группе, и укрепление общественной позиции инвалидов. В данной модели транслируются идеи усиления самоидентификации инвалидов посредством преодоления зависимости лиц с ОВЗ от господствующих культурных предпочтений, создания особой субкультуры инвалидности и активной интеграции инвалидов в доминантную для социума культуру.

И, наконец, последней среди социальных моделей инвалидности выделим *модель человеческого разнообразия*, в которой человек с ОВЗ понимается как многогранная личность, а инвалидность считается лишь одной из множества его особенностей. Главный упор делается на понятии равенства и равной доступности всех аспектов жизни общества для всех его членов вне зависимости от их отличительных особенностей.

Наиболее приемлемой моделью инвалидности П. В. Романов и Е. Р. Ярская-Смирнова считают *биопсихосоциальную модель*, лежащую в основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [60, 89, 90]. Данная модель отвергает само понятие «инвалидность». В защиту данного подхода выдвигают три положения: во-первых, социальные взаимоотношения инвалида и социума анализируются в пространстве недугов и заболеваний; во-вторых, необходимо

перенести акцент с моделирования инвалидности как последствия недуга и вызываемое этим деление общества на «больных» и «здоровых» в плоскость понятий «доступность окружающей среды» и «инвалидность»; в-третьих, в идентичности лиц с ОВЗ инвалидность навязывается им как один из ведущих параметров.

В свою очередь Т. В. Егорова выделяет модели, выражающие взгляды и представления социума о людях с инвалидностью и их интеграции в общество как в наше время, так и в более ранние исторические периоды [33]:

1) модель «больной человек»;

2) модель «недочеловек», где человек с отклонениями видится существом неполноценным, приравненным к животному, вследствие чего возможно жестокое обращение к лицам с ограниченными возможностями здоровья и создание негуманных условий жизни;

3) модель «угроза обществу» отдельных категорий лиц с ОВЗ вплоть до мистических и иррациональных страхов, что влечет необходимость их изоляции, порой в совокупности со строгим режимом содержания и отсутствием мер по реабилитации и обучению;

4) модель «объект жалости» препятствует формированию активной позиции человека с инвалидностью, поскольку он воспринимается маленьким, беззащитным, несамостоятельным, нуждающимся в помощи, поэтому главной задачей является его защита и обособление от общества в искусственно созданной комфортной среде;

5) модель «объект обременительной благотворительности» связана с экономическими возможностями государства, затраты, необходимые для содержания инвалидов, рассматриваются как экономическое бремя, которое пытаются уменьшить, соответственно и сами инвалиды видятся как бремя, от которого хотелось бы избавиться;

6) модель «развитие» предполагает наличие у людей с ОВЗ способностей к развитию и образованию, общество обязано создать условия для такого развития, а также обеспечить лиц с ограниченными возможностями здоровья теми же правами и обязанностями, что и все население.

И. П. Волкова предлагает рассматривать две основных парадигмы изучения социально-психологических и личностных факторов интеграции в общество людей с ОВЗ. Предложенные автором парадигмы не воспринимаются как взаимоисключающие, возможно их взаимное дополнение и одновременное принятие обществом. При этом первую из них она обозначает

как нормоцентрическую, или естественнонаучную, где понимание инвалидности близко к медицинской модели. Эта парадигма также трактуется как «дефект, нарушение, негативное состояние организма, влекущее за собой дисбаланс в отношениях с людьми, с самим собой, невозможность выполнять необходимые для члена общества виды деятельности» [19, с. 211–215].

Отношение общества выражается преимущественно в сегрегации и эксклюзии людей с инвалидностью, а адаптация и реабилитация нацелены на приспособление инвалида к социуму и воздействие на него как на объект с целью максимального приближения к норме. В связи с отсутствием признания человека с ОВЗ как равного о подлинной интеграции в общество в данном случае говорить не представляется возможным.

Вторая парадигма – гуманистическая, или личностно ориентированная. Она близка идеям экзистенциально-гуманистического подхода. В соответствии с концепциями А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла и др., необходимыми условиями интеграции являются возможность саморазвития и самореализации, установление доверительных и партнерских межличностных отношений, принятие различий в образах жизни, направленность на других и социально-полезную деятельность.

Таким образом, религиозная, медицинская, реабилитационная и экономическая модели, нормоцентрическая парадигма направлены на создание отдельных социальных ниш для инвалидов и исключение их из общества с последующим развитием социально-психологических барьеров и барьерной среды. Социальные модели, их разновидности и гуманистическая парадигма отражают процесс переосмысления самой сути инвалидности и изменения социальных представлений о лицах с ОВЗ. Ставится вопрос об оптимальной адаптации инвалидов к социуму, причем как путем их собственных усилий и переосмысления собственного отношения к инвалидности, так и путем изменения отношения социума.

На современном этапе в любом государстве существует определенный комплекс мер, нацеленный на реабилитацию людей с инвалидностью. И если первоначально в понимании реабилитации преобладали аспекты упоминавшейся ранее медицинской модели, основной задачей которой являлось восстановление или компенсация нарушенных функций организма, а также трудоспособности, изменение человека под норму путем воздействия на него как на объект, то на данный момент понимание реабилитации совершило переход от рамок медицинской модели в русло социального подхода. И, следова-

тельно, реабилитация направлена уже не столько на физическое состояние организма и трудоспособность, сколько на социальную интеграцию в общество, доступное для всех его членов.

Комитет экспертов ВОЗ дает следующую развернутую трактовку реабилитации: «Реабилитация инвалидов должна включать все мероприятия, призванные сократить последствия возникшей непригодности и позволить инвалиду полностью интегрироваться в общество. Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но и оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает его интеграцию в общество. Сами инвалиды, их семьи и местные органы должны участвовать в планировании и проведении мероприятий по реабилитации» [29, с. 36].

Принятая Организацией Объединенных Наций (ООН) Всемирная программа действий в отношении инвалидов предусматривает, помимо ранней диагностики, медицинского обслуживания, профессиональной реабилитации, обеспечения вспомогательными средствами, подготовку к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни, консультирование и оказание помощи в социальной области.

Согласно принятой ООН трактовке «реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсацию утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности. Необходимо изменить общество с тем, чтобы создать условия для инвалидов, а не изменять индивидуума, имеющего инвалидность, с тем, чтобы приспособить его к жизни общества» [29, с. 36].

На сегодняшний день накоплен обширный теоретический и практический материал по вопросам реабилитации и социальной адаптации и интеграции людей различных возрастных категорий, имеющих ограниченные возможности здоровья различной этиологии и характера. В исследованиях прослеживается закономерный переход от медицинской модели к социальной со всеми вытекающими из этого последствиями. Но при этом не выра-

ботано комплексного подхода, единой теоретической и методологической базы, а также единых мер по проблемам социальной адаптации и интеграции как инвалидов в целом, так и отдельных категорий инвалидов.

Подводя итог, можно отметить, что современная тенденция реабилитации инвалидов направлена не на приспособление их к обществу и подтягивание под показатели «нормы», а на их полноценную интеграцию как равноправных активных граждан с учетом их особенностей и потребностей. Такая модель интеграции возможна лишь в случае психологической готовности общества [79].

1.3. Основные социальные барьеры и их взаимосвязь с моделями инвалидности в современном российском обществе

В исследовании Е. Р. Ярской-Смирновой и П. В. Романова термин «социальный барьер» раскрывается через совокупность факторов социальной системы, которые, опираясь на неоднородность социальной среды, препятствуют интеграции человека извне в определенные слои общества [89, с. 42]. Из этого определения становится понятно, почему социальные барьеры ограничивают интеграцию людей с ярко выраженной инвалидностью в общество. Проблема заключается в терминологической определенности понятия «человек извне». Среди инвалидов значительно большим интегративным комфортом обладают люди с неявно выраженными признаками инвалидности. Это может быть связано не только с тем, что таким образом человек может скрыть свои проблемы со здоровьем от окружающих, но и с тем, что против человека не выстраивается система стереотипов, препятствующая раскрытию его личных качеств. Стереотипное, зачастую ошибочное восприятие порождает ответную агрессию. Человек сталкивается с тем, что еще до личного контакта с окружающими он попадает в другую социальную группу, становится частью классификации и обобщения до определяющего статуса, каковым в данной системе становится статус инвалидности. Такой акцент ведет к деструктивным последствиям и еще более разграничивает социальную среду, поскольку появляются классификационные различия, мешающие представителям общества оценивать друг друга по совокупности личных качеств. Вместо этого возникает внешняя определенность, которая для человека с визуально выраженной инвалидностью представляет существенный социальный барьер.

Основная проблема возникает тогда, когда появляется мнение о том, что инвалиды – это другие люди, что они представляют иную социальную группу. Возникает ситуация заведомой дискриминации, в которой принцип деления основывается на сложившейся системе предрассудков. Человек, которого считают «человеком извне», «другим», изначально находится в невыгодной ситуации. К нему как бы присматриваются на том основании, что особенности поведения представителей группы, равно как и особенности собственного поведения, как правило, замечаются в последнюю очередь. Фокус внимания к «другому» человеку выявляет как погрешности поведения, так и те действия, которые в силу тех или иных причин просто непонятны. Так собирается личный образ, но по факту от личного в нем остается немного. На самом деле таким образом внешняя социальная среда утверждает свой стереотип восприятия на конкретном человеке. В результате растет дистанция, подтверждаются и подтверждаются стереотипы, подавляются личные качества и одновременно формируется антагонистическая модель поведения ущемляемой группы. Ситуация становится замкнутой, причем ее непродуктивность прямо или косвенно отражается на всех членах общества. Следует отметить, что проблема стоит наиболее остро в тех типах общества, где культурный уровень и уровень образования его представителей достаточно низки. Иными словами, система образования по своим внутренним принципам и ориентирам преодолевает косную стереотипизацию и мифологизацию как социальный барьер.

Действительно, в образовательной среде мы имеем дело с ориентированностью на совершенствование своих способностей. Диалектически это указывает каждому на уровень собственного несовершенства. Получается, что студент-инвалид и обычный студент находятся в равных системах классификации и ценностей. В процессе получения образования и приобщения к культурному опыту человек проявляет себя в первую очередь как человек безотносительно к его гендерной, расовой, национальной или иной другой определенности (в том числе и по состоянию здоровья). Проблема лишь в том, что обозначенная модель является идеальной [5].

Внесение в образовательную среду стереотипов и предубеждений, для нее самой не характерных, происходит в связи с тем, что система образования состоит из людей и ориентирована на людей. В реальности мы имеем дело с образовательной средой как системой отношений и ценностей, на которую большое влияние оказывают вовлекаемые в нее субъекты. При этом субъективное проявление может как выражаться в виде исклю-

чений, так и развиваться на уровне тенденций общественного мнения. С исключениями мы имеем дело тогда, когда в социальную среду попадает личность, отличающаяся по ценностным ориентирам от аксиологической системы среды, и эта личность начинает действовать как часть среды, но исходя из собственных индивидуальных особенностей. Как правило, если речь идет о единичности, то действия личности осуществляются от имени и в рамках социума, но в разрезе с его ценностной ориентацией – такая ситуация может продлиться очень недолго. Значительно критичнее ситуация выглядит тогда, когда имеют место тенденция, складывающееся мнение, стереотип. При этом социальное наполнение среды должно быть пассивным, ориентированным на мифологическое и обыденное восприятие. В обозначенной ситуации мы имеем определенную изначальную ценностную ориентированность общества, но она деформируется ввиду того, что люди, попадающие в это общество и являющиеся его частью, не являются одновременно носителями его ценностей. Рациональное преломляется перед совокупностью мнений и предрассудков.

Приведем примеры на уровне предметности настоящего исследования. В первом случае имеется в виду такая ситуация, когда, например, в образовательную среду попадает человек с явным предубеждением против инвалидов, что противоречит идеям и принципам современного учебного заведения. При этом если предубежденность выражается агрессивно и превращается в индивидуальное проявление ксенофобии, то вскоре оно подавляется образовательной средой или по крайней мере субъект дистанцируется или изолируется на уровне как системы взаимоотношений, так и санкций. В другом случае речь идет о неоднородной группе лиц, являющихся носителями стереотипов и предубежденности, бороться с таким феноменом гораздо сложнее. В образовательной среде появляется «еще одно мнение», выражающее дискриминацию студентов-инвалидов.

Публичное проявление дискриминации имеет два варианта последствий. В положительной ситуации ее проявление вызывает реакцию общественности на несоответствие проявляемой позиции идеям и принципам современной образовательной организации. Возможны санкции и естественное подавление несоответствующей позиции. В негативном случае реакция противодействия инициируется самой дискриминируемой группой. Возникает ситуация, в которой сложно выделить правильную позицию. При этом если действия лиц с визуальной выраженной инвалидностью, пусть даже вы-

званные провокацией, носят антиобщественный и противоправный характер, то предубежденность против них только возрастает [5].

На социально-философском уровне основная проблема здесь выражается во внутригрупповом конфликте. В социальной группе, локализованной до образовательной организации, происходит внутреннее расслоение по принципу, противоречащему самой идее института образования. Происходит деление группы на две подгруппы: больных и здоровых. При этом как первых можно назвать больными лишь условно, а факт здоровья последних небезотносителен. Более того, известны факты, когда люди с невыраженными внешне ОВЗ выступали на стороне позиции дискриминации инвалидов. Как отмечают психологи, такое отношение, как правило, связано с собственным несогласием относительно своего реального состояния здоровья.

Вместе с тем не следует исключать из внимания историческую традицию отношения к феномену инвалидности. В ряде случаев мы имеем дело с обычаем и общей тенденцией, складывавшимися веками. Дело в том, что отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья традиционно основывалось на принципах выживаемости и отчуждения от них со стороны других представителей социума. Например, в древности людей с инвалидностью подвергали изоляции, тем самым обрекая на верную смерть: «Для жителей Лакедемона было свойственно изначально сбрасывать в пропасть больных или слабых детей» [76, с. 60].

Традиция гуманистического отношения к инвалидам связана с развитием идей христианства. Но необходимо отметить, что для традиционной культуры такой гуманизм был одновременно и дистанцирующим фактором, поскольку неадекватное восприятие христианства определяло людей с визуальными признаками инвалидности как юродивых. Другими словами, для необразованных слоев общества даже уровень положительного гуманистического отношения может быть наполнен идеями противопоставления и инаковости. В результате развивается барьерность социальной среды, напоминающая теорию кастового различия.

На современном этапе за счет развития современных технологий и культурного потенциала человечества уровень барьерности социальной среды во многом нивелируется, но вместе с тем отголоски примитивного стереотипного отношения, увеличивающего дистанцию между обществом и инвалидами, продолжают проявляться на различных уровнях социальной среды. Это доказывает тот факт, что даже в средствах массовой информации, несмотря на

развитие требований к публичным высказываниям, часто употребляются такие слова, как «калека», «убогий», «уродство». Культура общения и отношения к лицам с ОВЗ должна стать общеобразовательным фактором, повышающим динамику положительной социальной интеграции.

Например, в исследовании Л. И. Аксеновой представлены пять основных моделей социальной барьерности и лишь одна модель преодоления социальных барьеров. В данной концепции говорится о том, что общество стремится, с одной стороны, защитить себя от бремени социальных обязательств, а с другой – выработать такую модель отношения, которая бы внешне походила на выполнение социальных гарантий и соблюдение необходимых норм этики по отношению к людям с ОВЗ. Первым этапом является категориальное определение. Человек получает статус больного, следовательно, нуждающегося в постоянном уходе и лечении. Так формируется принцип сегрегации [4]. Человек изолируется обществом «для его же блага», на самом деле происходит изоляция как реакция защиты. Общество готово платить за содержание и лечение инвалида, лишь бы только оградить себя от наличия феномена инвалидности в реалиях социального взаимодействия. По таким же принципам создаются специальные интернаты и учебные заведения для людей с ОВЗ. На первый взгляд в этих учреждениях учитываются специфические факторы возможностей здоровья и производится должный уход. Но на уровне социализации и обучения моделям поведения в реальном обществе мы получаем результат беспомощности и асоциальности. Человек в результате привыкает жить и взаимодействовать с окружающими лишь в искусственно созданной среде. Общество же укореняется в установке на дистантное отношение к проявлению инвалидности. Л. И. Аксенова отмечает, что, несмотря на высокий уровень медицинской помощи, человек получает отпечаток негативного отношения. Специфика построения такой модели отношения дает право признавать людей с ОВЗ в качестве «существ низшего порядка... нечто среднее между человеком и животным» [4, с. 86], это выражается в тотальном ограничении свободы передвижения и волеизъявления. Такой же результат имеет и модель защищенности, которая, на наш взгляд, автором незаслуженно отделяется от сегрегации.

Обозначенная модель также близка по содержанию и основным интенциям к модели дискриминации. Формируется тип отношения, при котором культивируется отторжение на уровне страха возможной угрозы.

Утверждаются социально-психологические модели, при которых человек с выраженной патологией может представлять социальную угрозу.

Также для современного общества является пережитком модель, обозначенная в качестве экономической необходимости. Общество формирует стереотип экономической эффективности, в результате которого люди с ограниченными возможностями здоровья воспринимаются как обуза или фактор, замедляющий коэффициент экономического развития. Складывается зачастую ошибочное мнение о том, что человек с визуальной инвалидностью неспособен выполнять определенные требования или же для его интеграции нужны дополнительные приспособления, которые также имеют характер капиталоемкости. На деле же в ряде случаев экономическая необходимость возникает как результат предубеждения и изначальной дистанцированности, которую некоторые представители общества складывают в систему экономической, а следовательно, объективированной необходимости.

В противовес концепциям социальной барьерности Л. И. Аксенова предлагает интеграционную модель, смысл которой ориентирован на равные права всех представителей общества.

Другой исследователь, В. Г. Дудкин, полагает, что «основание для классификации барьерной среды связано с утверждением медицинской изоляции инвалидов, а также с защитными функциями общества, которое в свою очередь под видом защиты инвалидов защищает себя» [28, с. 14]. В противовес ставится модель независимой жизни, в которой акцент делается на самостоятельности как мировоззренческом ориентире положительной модели инвалидности. Однако критики данной классификации отмечают, что на современном этапе модель независимой жизни должна подкрепляться моделью интеграции, поскольку велика вероятность того, что в обществе назреет латентный отказ от выполнения социальных обязательств и переход к принципу выживаемости.

Существуют и другие исследования, в той или иной степени раскрывающие специфику барьерной среды, с которой приходится сталкиваться людям с ОВЗ, однако их наличие не решает все проблемы, связанные с преодолением социальных барьеров. Напротив, складывается впечатление, что все уже сказано, тогда как все еще остается необходимость в структурирующей теоретической базе, на основании которой нужно выработать эффективную концепцию преодоления барьерной среды лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, основная проблема связана с разделением общества на социальные подгруппы больных и здоровых, нормальных и других и иные дистанцирующие категории. При этом принцип дискриминации заложен уже в самой попытке разграничения общества по состоянию здоровья. Это приводит к тому, что людям с визуально выраженными признаками инвалидности становится сложнее преодолевать такие проблемы, что заведомо лишает их возможности восприниматься иным образом, кроме как через определяющий статус инвалидности. Данное разграничение содержит две общие тенденции. В первом случае мы говорим о том, что общество защищает себя от проявления феномена инвалидности (абстрактно учитываются интересы только здоровых людей), во втором – общество принимает во внимание личность человека с ОВЗ (делается акцент на интересах людей с нарушениями здоровья и их адекватной интеграции в общество).

Защита общества от инвалидов как феномен носит непродуктивный характер, являясь архаичным пережитком традиционного типа общества. Этот тип отношения базируется на низком уровне культурного, социального и материального развития в условиях доминанты традиций и предрассудков, возведенных в ранг социальных норм. В современном социуме подобный тип отношения считается морально устаревшим, однако большинство возникающих социально-психологических проблем интеграции инвалидов в социальную среду связано с локальным проявлением этой модели. Действительно, носителями такого типа отношения, как правило, выступают люди, приобщенные к интенциям мифологического и обыденного мировоззрения, а следовательно, изжившие себя стереотипы для них являются столь же актуальными, как и прогрессивные подходы к проблеме.

Перейдем к детальному анализу основных признаков обозначенного типа отношений. Первый признак связан с акцентуацией экономической защиты общества от инвалидов. Такой позиции свойственно ставить вопрос об экономической эффективности в пользу изоляции и элиминации инвалидов как неэффективных элементов социума. Общество или отдельная группа отказываются от человека, который может стать обузой. Ошибочность такого отношения подтверждается современными практиками интеграции инвалидов. При этом если говорить об образовательной среде и профессиональной деятельности, то вряд ли кто-либо станет отрицать тот факт, что доминант физического труда в современном обществе отходит на второй

план перед трудом интеллектуальным. Отсюда справедлив вывод о несостоятельности позиции экономической защиты общества, ведь наличие физического здоровья еще не гарантирует реализацию умственного потенциала. И наоборот, ограниченные возможности здоровья далеко не всегда являются препятствием для интеллектуальной или высокоточной деятельности.

Столь же непродуктивным и ошибочным является тип отношения, при котором обеспечивается психологическая безопасность общества путем изоляции представителей этого общества от людей с инвалидностью. Эта модель социального барьера предполагает отношение к феномену инвалидности как к социальной девиации, или уродству. Формируется представление о том, что присутствие людей с ОВЗ в социальной среде может психологически травмировать нормальных людей. Общество таким образом настаивает на медицинской помощи инвалидам, но под видом помощи лоббирует идею сегрегации и изоляции людей с визуально выраженными проблемами здоровья. В итоге для инвалидов оказываются закрытыми области сфер досуга, общения и реализации института семьи (зачастую родственники могут быть против вхождения в семью посредством брака или усыновления человека с ОВЗ). Такая позиция дискриминирует и ущемляет права человека. При этом не соблюдается основной принцип существования сфер, которые для психологической защиты закрываются от инвалидов.

Обратимся к исследованию Е. В. Александровой, которая отмечает, что сфера досуга и отдыха тем не менее направлена на предоставление определенных досуговых услуг и получение прибыли. Например, человек с нарушениями опорно-двигательной системы, несмотря на массу существующих проблем, связанных с социальной барьерностью, во-первых, способен на приобщение к досуговой сфере, во-вторых, является для предоставляющего услуги предприятия таким же источником дохода, как и любой другой человек. То же касается и сферы общения или сферы семейных отношений. В современной системе образования активно ведется политика устранения подобных анахронизмов, наделяющих человека дополнительными, не присущими ему ограничениями возможностей. Автор отмечает, что именно в образовательной среде возможно наиболее эффективное преодоление такого типа отношения.

Также существует модель физической безопасности, являющаяся наиболее проблематичной, поскольку здесь речь идет уже не о нарушениях опорно-двигательной системы, а о психических заболеваниях и заболева-

ниях, которые могут передаваться окружающим. Проблема состоит в том, что действительно возникает опасность социальной угрозы. Однако не все способы решения проблемы являются гуманными и соответствуют современным нормам отношения к человеку.

Проведенный Е. В. Александровой анализ факторов социальной барьерности, основанных на принципах защиты общества от интеграции в него людей с ОВЗ, показывает, что подобный тип отношения не предполагает включения инвалидов в сферу образовательных процессов. Это может быть связано с возникающим противоречием: образование необходимо для эффективной интеграции, тогда как сама позиция дискриминантно отрицает как таковую возможность интеграции. Справедливо и другое утверждение, что образовательная среда является формой преодоления обозначенной совокупности социальных барьеров. При этом следует отметить двустороннюю направленность в разрешении проблемы. С одной стороны, повышается интегративный потенциал самих людей с ОВЗ, с другой – происходит изменение ориентированности общества с позиций абстрактной самозащиты на уровень защиты личности человека.

Современная позиция, ориентированная на преодоление социальных барьеров в интеграции инвалидов в социум, предполагает синтетическое объединение медицинской, социальной и независимой моделей отношений, но с использованием комплекса методик и учетом различных социально-психологических особенностей. Фактически это те же модели, но они ориентированы на интересы личности, интегрирующейся в социум, а не направлены на закрытие общества от всякой возможной интеграции. В результате мы имеем положительный опыт социализации с учетом индивидуальных стремлений к реализации личностного потенциала [5].

Отметим общие принципы преодоления социальных барьеров людьми с ограниченными возможностями здоровья.

Основным социальным барьером выступает внешняя социальная среда с низким уровнем культурного и социального развития, отсюда возникают стереотипизированные модели сегрегации и элиминации. Следовательно, именно система образования на принципиальном уровне является реструктурирующим фактором, способным снизить степень барьерности. Идея заключается в том, что совершенное гуманистическое общество не приемлет деление и дискриминацию по признаку состояния здоровья. Соответственно, повышая образованность и культурный уровень социальной

среды, мы выстраиваем гармоничную систему, в которой социализация людей с ОВЗ происходит гораздо легче.

Другой аспект связан с повышением уровня развития и динамики реализации личностного потенциала самими инвалидами. Как известно, интегративные процессы более эффективны, когда они носят двусторонний характер. Ориентация на раскрытие личностного потенциала и стремление получить достойное место в социальной системе по объективным основаниям, а именно потому, что ты есть тот, кто ты есть, и тот, кем стал в результате работы над собой, – факт, достойный уважения. Это действительно социально значимый феномен, повышающий мотивацию к самосовершенствованию и у здоровых людей. На уровне идеи это не только разрушение стереотипов по поводу возможностей инвалидов, но и постановка вопроса о как таковых возможностях человека. Фактически это идеальный вариант преодоления барьерной среды, который становится возможным в рамках реализации функций института образования.

После обозначения общих моментов необходимо обратиться к частным аспектам, необходимым для преодоления барьерной среды в социальной интеграции лиц с ОВЗ в социум. По сути, это более совершенные формы защиты интересов общества, которые учитывают интересы инвалидов не как внешнего элемента, а как интересы полноправных представителей социума. При этом принимаются в расчет факторы необходимости специфической медицинской помощи, создания специальных условий, образования доступной социально-психологической среды, повышения личностного роста людей с ограниченными возможностями здоровья, в результате чего формируется принцип самостоятельности и независимости, реализуются эффективные модели интеграции и коммуникации.

Инвалиды действительно нуждаются в оказании специальной медицинской помощи и создании специальных условий. Это касается не только тех, чьи проблемы связаны с нарушениями, например, опорно-двигательного аппарата, но и практически каждого человека, обладающего ОВЗ. Однако, даже сменив негативную модель экономической безопасности общества на положительную модель медицинской ориентированности, без учета развития других областей получаем отрицательную модель медицинской зависимости. Человек на уровне самосознания признает себя в качестве больного или нуждающегося в уходе, тогда как со стороны общества данная схема медицинской ориентации может перейти в идею создания специальных условий для осуществления социализации инвалидов. В част-

ности, в образовательной среде – это создание специализированных учебных заведений для инвалидов или ориентация на дистантные формы получения образования. В результате человек привыкает к специальной среде и роли нуждающегося в ней, причем зачастую стремление к подлинной социализации со временем атрофируется.

Таким образом возникает модель социальной зависимости и слабости. И хотя она естественным образом выше и продуктивнее, чем модель психологической безопасности, но взятая отдельно – она тоже есть крайность. На место социального отказа от человека на том основании, что он обладает выраженной инвалидностью, приходит особое «бережное» отношение к человеку, опять же по принципу его инвалидности. Распространяется мнение о том, что инвалиды – значительно более уязвимые люди, чем любой другой нормальный человек.

Данная модель имеет свои негативные последствия. Во-первых, утверждается дискриминирующая дистанция, во-вторых, культивируется беспомощность, ранимость и слабость рассматриваются как стереотип поведения или ожидаемое поведение, в-третьих, усиливается возможность провокативного оказания помощи, когда чрезмерная забота окружающих становится основным раздражающим фактором. В образовательной среде подобные модели проявляются, например, тогда, когда обучающимся с ОВЗ завышаются оценки или когда к ним применяется излишне лояльная (заниженная) система требований. Тем самым ставится под угрозу положительный результат социализации в сфере образования.

При этом необходимо учитывать и другой аспект – внутригрупповую ситуацию. Дело в том, что заниженные требования к студентам-инвалидам со стороны педагогического состава могут вызвать две противоположные, но имеющие одну и ту же природу реакции. В первом случае человек становится своего рода изгоем в коллективе. Он выбывает из системы оценивания на том основании, что к нему применяется другая система требований. Это вызывает негативную систему восприятия человека в качестве «любимца системы», при этом, чтобы оправдать свое положение, члены общества на психологическом уровне выстраивают модель отношения: «ему, конечно, помогают, но я не хотел бы себе такой участи». Во втором случае человек оценивается окружающими как имеющий право на поправки за счет своего уникального положения. Коллектив не только прощает системе другой стандарт ценностей, но и в некоторых случаях требует

соблюдения особого отношения. По факту такие «благие намерения» скорее негативным, нежели положительным образом влияют на формирование адекватной образовательной среды.

Эти примеры показывают, что даже положительные социальные аспекты по улучшению положения инвалидов в обществе могут наталкиваться на непреодолимые противоречия, если не будут учитываться все факторы, необходимые для эффективного социального взаимодействия. Причем взятые абстрактно или в гипертрофированной форме модели, направленные на преодоление барьерной среды, могут быть сами превращены в разновидность социальных барьеров. Отсюда возникает потребность в создании комплексной системы преодоления барьерной среды людьми с ОВЗ и их эффективной интеграции в общество. Соответственно, если речь идет о модели независимой жизни, то при комплексном подходе к проблеме устраняется эффект социальной отстраненности. Вместе с тем модель независимой жизни также предполагает необходимость самостоятельного социального развития и усиление интенций социализации [5].

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте основные принципы построения образования в России и за рубежом.
2. Расскажите об основных трактовках понятия «социальная интеграция».
3. Раскройте классификацию факторов, которые способствуют социальной интеграции лиц с ОВЗ (по Н. В. Агеевой).
4. Назовите основные модели инвалидности.
5. Дайте характеристику моральной (религиозной) модели инвалидности.
6. Дайте характеристику медицинской модели инвалидности.
7. Дайте характеристику реабилитационной модели инвалидности.
8. Дайте характеристику экономической модели инвалидности.
9. Дайте характеристику социальной модели инвалидности.
10. Раскройте различные варианты социальной модели инвалидности.
11. Назовите общие принципы и основные стратегии преодоления социальных барьеров обучающимися с ОВЗ и инвалидностью.
12. Какая из указанных стратегий, по вашему мнению, является наиболее перспективной?
13. Дайте характеристику факторам преодоления социальных барьеров.

Глава 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

2.1. Адаптивная физическая культура в институциональном измерении

Для современной России физическая культура и спорт являются важной составляющей государственной идеи, пропагандирующей здоровый образ жизни и формирующей личные качества человека. Сегодня нельзя найти ни одной сферы человеческой деятельности, не связанной с физической культурой и спортом. Интенсивно развиваются процессы интеграции физической культуры и спорта в образование, экономику, культуру, здравоохранение и другие виды социальной жизни. Это мощные социальные феномены, способные формировать и преобразовывать как социальную реальность, так и личность. Не случайно в последние годы все чаще говорится о физической культуре как об устойчивом качестве личности.

В позициях современных ученых, с одной стороны, заметны тенденции к разделению понятий физической культуры и спорта, с другой – активно ведутся поиски путей их сближения на основе реализации социальных функций, переноса высоких спортивных технологий в практику физического воспитания [2, 31, 65, 78 и др.]. Современные тенденции развития физической культуры и спорта свидетельствуют об усилении культурного и образовательного подходов в спортивной практике и организации физического воспитания. С учетом этого изменяются требования общества к сфере физической культуры и спорта.

Социальная структура – это устойчивая связь элементов в социальной системе, где элементами являются люди, объединения, общности, группы, слои. Реализуют эту связь в том числе и социальные институты – исторически сложившиеся устойчивые формы организации жизни людей. Понятие «институт» связывается с характеристикой упорядочения, формализации, стандартизации.

Процесс институализации любого явления включает в себя ряд обязательных организационных моментов: возникает соответствующая потребность людей в развитии данного явления, каждый созданный институт должен выполнять строго определенную социальную функцию, характер-

ную только для него, содержать и развивать свою материальную базу, обеспечивать свою систему профессиональными кадрами, производить подготовку этих кадров.

С начала XX в. физическая культура и спорт приобретают черты социального института, постепенно оформляясь в самостоятельную отрасль социальной жизни, приобретая институциональные черты [5, 73, 82].

В настоящее время физическая культура и спорт как социальный институт выполняют четко определенные социальные функции (воспитание, образование, оздоровление и т. д.), имеют развитую инфраструктуру, материальную базу (стадионы, спортивные залы, бассейны и т. д.), ведут активную подготовку профессиональных кадров (училища олимпийского резерва, факультеты физической культуры, вузы).

Физическая культура сегодня – это «деятельность и ее социальные и индивидуально значимые результаты по созданию всесторонней готовности человека к жизни, оптимизации его состояния и развития; это специфический процесс и результат человеческой деятельности, а также средства и способы совершенствования и гармонизации всех сторон и свойств индивида (физических, интеллектуальных, эмоционально-волевых, эстетических, этических и др.) с помощью физических упражнений, естественно-средовых и гигиенических факторов» [73, с. 31–32].

В отличие от физической культуры объектом познания и преобразования, субъектом самосовершенствования в адаптивной физической культуре являются не здоровые, а больные люди, в том числе и инвалиды. Все это требует значительной, а иногда и принципиальной трансформации (приспособления, коррекции или, по-другому, адаптации) задач, принципов, средств, методов к столь необычной для физической культуры категории занимающихся. Отсюда и название – «адаптивная физическая культура» [32].

Таким образом, *адаптивная физическая культура (АФК)* – это вид (область) физической культуры человека с ограниченными возможностями 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 [2, 30, 69].

Исследователи выделяют четыре группы функций адаптивной физической культуры: реабилитационные, педагогические, социальные, функции физического воспитания и спорта [73].

1. Реабилитационные функции:

- коррекционная – направлена на создание условий и обеспечение работы по лечению и коррекции основного и сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений в состоянии здоровья занимающихся;

- компенсаторная – ориентирует и педагога, и занимающихся на возможности компенсации потерянных функций за счет максимального использования сохранных органов и систем;

- профилактическая – предусматривает использование доступных для того или иного вида заболевания или повреждения физических упражнений, естественно-средовых и гигиенических факторов для предупреждения гиподинамии и гипокинезии.

2. Педагогические функции:

- образовательная – определяет содержание, стратегию и тактику работы, прежде всего с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья;

- воспитательная – создает возможности для формирования всесторонне развитой гармоничной личности;

- ценностно-ориентационная – позволяет сориентировать на формирование аксиологической (ценностной) концепции жизни человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая человека с инвалидностью, в основе которой находятся ценности здорового образа жизни, установки на максимально возможную самореализацию в любом виде человеческой деятельности, принятие демократических норм и принципов, реализацию толерантного поведения;

- профессионально-подготовительная – состоит в подготовке занимающихся к возможной профессиональной деятельности.

3. Социальные функции:

- гуманистическая – направлена на признание основных положений гуманизма, в соответствии с которыми человек, независимо от состояния его здоровья, является высшей ценностью в жизни, рассматривается не как сред-

ство, а как цель различных сфер общественной жизни и общественного развития в целом, как критерий (мера) оценки всех социальных процессов, явлений;

- социализирующая – раскрывает возможности включения человека с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе с инвалидностью, в жизнь общества, усвоения опыта социальной жизни, образцов поведения, социальных норм, ролей и функций, вхождений в социальную среду и социальные группы;

- интегративная – направлена на вхождение человека с отклонениями в состоянии здоровья в социум, освоение образцов поведения, характерных для современного образа жизни здоровых людей.

4. Функции физического воспитания и спорта:

- развивающая – создает предпосылки для всестороннего развития человека с отклонениями в состоянии здоровья (физического, интеллектуального, психического, волевого и др.) в процессе занятий физическими упражнениями;

- соревновательная – базируется на состязательности как важном социальном и этнологическом принципе;

- рекреативная – реализуется как удовлетворение потребностей в активном отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности с целью восстановления физических и духовных сил, общении;

- гедонистическая – предполагает получение удовольствия от движений, наслаждения, радости, восторга, ощущения счастья;

- творческая – заключается в возможности создания условий для положительной созидательной активности во имя утверждения общечеловеческих ценностей, возвращения человеческого в человеке, роста и сохранения культуры.

В настоящее время в России функционирует следующая структура организации и управления адаптивной физической культурой [5, 73].

Прежде всего необходимо выделить органы исполнительной власти в областях физической культуры и спорта, образования, здравоохранения и социального обеспечения всех уровней: федерального, субъектов Российской Федерации, местного самоуправления. Именно они осуществляют управление всей системой адаптивной физической культуры в стране. Например, в федеральном органе исполнительной власти в области физической культуры и спорта (ныне Федеральное агентство по физической культуре и спорту) существует специальный отдел рекреации и спорта инвалидов (ранее – отдел рекреации и физической реабилитации), который и уп-

равляет развитием АФК. В органах исполнительной власти в области физической культуры и спорта субъектов Российской Федерации также выделяются специальные структурные подразделения (отделы, сектора, группы), выполняющие аналогичные функции, или назначаются специалисты, курирующие данную работу в структурных подразделениях, занимающихся развитием массовых форм физической культуры.

В федеральном органе исполнительной власти в области образования функционирует Управление специального образования, на уровне субъектов Российской Федерации в органах исполнительной власти в области образования тоже имеются отделы (управления, сектора и т. п.), управляющие специальным образованием в регионе.

Органы местного самоуправления осуществляют планирование, организацию, регулирование и контроль деятельности местных (муниципальных) органов управления физической культурой и спортом, образованием, здравоохранением, социальным обеспечением учреждений и организаций в целях осуществления государственной политики в перечисленных областях социальной сферы.

Помимо государственных органов исполнительной власти значительную роль в развитии адаптивной физической культуры, особенно адаптивного спорта, играют общественные организации, занимающиеся проблемами инвалидов: Всероссийское общество инвалидов, Всероссийское общество глухих, Всероссийское общество слепых и их региональные представительства. При них созданы федерации, ассоциации, союзы, управляющие адаптивным спортом в работе с инвалидами соответствующих нозологических групп.

Организация и непосредственное проведение занятий по адаптивной физической культуре осуществляются в государственных организациях, в которых обучаются, воспитываются, лечатся, проживают лица с ОВЗ, включая инвалидов: общеобразовательные организации, в том числе дополнительного образования, специальные (коррекционные) образовательные организации для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, детские дома и интернаты, реабилитационные центры и др.

Помимо государственных организаций большую практическую работу по организации АФК, проведению занятий в этой области осуществляют общественные объединения инвалидов: физкультурно-спортивные клубы инвалидов, физкультурно-спортивные организации, физкультурно-спортивные федерации, союзы, ассоциации и т. п.

В зависимости от видов адаптивной физической культуры, удовлетворяющих те или иные потребности личности и государства, все занятия по адаптивной физической культуре делятся на две крупные группы:

- обязательные занятия, предусмотренные государственными образовательными стандартами, индивидуальными программами реабилитации инвалидов, лечебными назначениями врачей и др.;
- дополнительные занятия, которые реализуются по желанию занимающихся (или их родителей) в целях всестороннего удовлетворения их потребностей.

Обязательные занятия по адаптивной физической культуре проводятся в рамках физической реабилитации и адаптивного физического воспитания детей, подростков, молодежи с отклонениями в развитии, а дополнительные – в рамках адаптивного спорта, адаптивной двигательной рекреации, креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных и экстремальных видов двигательной активности.

Экономическое обеспечение деятельности в области адаптивной физической культуры предполагает развитие и совершенствование механизмов многоканального финансирования этой сферы социальной практики. Обязательные занятия АФК должны быть обеспечены средствами государственных бюджетов соответствующего уровня (федерального, субъектов Российской Федерации, местных органов самоуправления). К финансированию дополнительных занятий адаптивной физической культурой и связанных с ней мероприятий (соревнований, конкурсов, смотров и т. п.) необходимо в дополнение к бюджетным отчислениям государственных органов привлекать средства, выделяемые на федеральные целевые программы («Молодежь России», «Дети-инвалиды» и др.), социальные, медико-социальные, комплексные, отраслевые региональные программы, а также пожертвования на благотворительную деятельность, спонсорские взносы, бюджеты общественных организаций и др.

В настоящее время со стороны государства делаются определенные шаги по улучшению жизни инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, которые органично вписываются в законодательство [9, 10].

Права инвалидов в течение длительного времени остаются объектом пристального внимания со стороны ООН и других международных организаций. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для

инвалидов были разработаны на основе опыта проведения Десятилетия инвалидов ООН (1983–1992 гг.). Основой настоящих Правил являются следующие документы: Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действий в отношении инвалидов. Цель данных Правил состоит в обеспечении инвалидам как членам общества таких же прав и обязанностей, как у других лиц. В 2012 г. Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов.

В нашей стране принят целый ряд законодательных актов, призванных помочь людям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам стать полноправными членами общества:

- Конституция Российской Федерации;
- Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 15 января 1996 г.;
- Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 4 декабря 2007 г.;
- Проект концепции модельного закона «О паралимпийском спорте»;
- Письмо Росспорта от 21 марта 2008 г. № ЮА-02–07/912 [О направлении Методических рекомендаций об учреждениях адаптивной физической культуры и адаптивного спорта (дополнение к методическим рекомендациям по организации деятельности спортивных школ в Российской Федерации от 12 декабря 2006 г. № СК-02–10/3685)];
- Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного образования детей, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 233 (с изменениями) и др.

Различные области деятельности организаций дополнительного образования по адаптивной физической культуре регламентируются законодательными актами, постановлениями и распоряжениями Правительства в сфере физической культуры и спорта, образования, здравоохранения и социального развития:

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 августа 2001 г. № 337 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры», а также приложения к данному

приказу: «Программа углубленного медицинского обследования спортсменов сборных команд России и их ближайшего резерва» (приложение № 3), «Программа медицинского обследования лиц, занимающихся массовыми видами спорта и физкультурой» (приложение № 5);

- приказ Комитета РФ по физической культуре от 1 апреля 1993 г. № 44 «Об обеспечении безопасности и профилактики травматизма при занятиях физической культурой и спортом»;

- приказ Министерства образования РФ от 26 июня 2000 г. № 1908 «Об утверждении положения о порядке аттестации педагогических и руководящих работников государственных и муниципальных образовательных учреждений»;

- приказ Комитета РФ по физической культуре от 17 сентября 1993 г. № 148 «О квалификационных категориях тренеров-преподавателей по спорту и инструкторов-методистов»;

- постановление Министерства труда РФ от 24 апреля 1996 г. № 24 «О согласовании разрядов оплаты труда и тарифно-квалификационных характеристик (требований) по должностям работников бюджетных организаций Комитета РФ по делам молодежи» и др.

Сегодня адаптивная физическая культура имеет в наличии развитую инфраструктуру и адекватную материальную базу. Так, по данным Министерства спорта, в Российской Федерации на 2013 г. физкультурно-оздоровительную работу с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья, и инвалидами осуществляют 11467 учреждений, из них к сфере физической культуры и спорта относятся более 4200 учреждений, к сфере образования – более 6700, к сфере социальной защиты – 467 реабилитационных учреждений [50].

Стабильное развитие имеет система отечественной подготовки кадров для данной отрасли [3, 17, 31, 59, 73, 82].

Впервые в нашей стране специальность высшего профессионального образования 022500 – Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) была утверждена приказом Государственного комитета Российской Федерации по высшему образованию от 24 июля 1996 г. № 1309. Через год – 9 июля 1997 г. – был принят Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по этой специальности (Государственные требования к минимуму содержания и уровня подготовки выпускника – третий уровень высшего профессионального образования).

Приказом Министерства образования Российской Федерации от 2 марта 2000 г. № 686 «Об утверждении государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования» специальность 022500 – Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) включена в Перечень специальностей высшей школы в группу 020000 – Гуманитарно-социальные специальности, а 2 июня 2000 г. утвержден Государственный образовательный стандарт второго поколения по этой специальности.

Проект Государственного образовательного стандарта первого поколения по адаптивной физической культуре, а также пакет всех необходимых для открытия новой специальности документов были разработаны на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Санкт-Петербургского государственного университета физической культуры им. П. Ф. Лесгафта коллективом авторов под руководством заведующего этой кафедрой С. П. Евсева.

Лицам, успешно освоившим основную образовательную программу подготовки по специальности «Адаптивная физическая культура», присваивается квалификация «специалист по адаптивной физической культуре». Нормативный срок освоения этой программы при очной форме обучения – 5 лет. Заочная форма обучения предусматривает возможность увеличения срока освоения программы на 1 год.

На основании решения коллегии Министерства образования Российской Федерации № 6/2 от 14 марта 2000 г. и приказа Министерства образования № 1037 от 10 апреля 2000 г. «О развитии среднего и высшего профессионального образования в области физической культуры, спорта и туризма» Государственный комитет Российской Федерации по физической культуре, спорту и туризму подготовил проект Государственного стандарта среднего профессионального образования по специальности 0323 – Адаптивная физическая культура (для базового уровня среднего профессионального образования). Этот Госстандарт был утвержден в установленном порядке 23 февраля 2001 г. (регистрационный номер 24–0323 ВР).

Квалификация выпускника – педагог по адаптивной физической культуре для средних специальных учебных заведений физической культуры. Нормативный срок освоения основной профессиональной образовательной программы при очной форме обучения: на базе среднего (полного) общего образования – 1 год 10 месяцев; на базе основного общего образования – 2 года 10 месяцев.

В связи с переходом в 2010 г. на федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) имеющиеся основы подготовки перешли в соответствующие образовательные программы:

- приказ Министерства образования и науки от 11 августа 2014 г. № 977 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 49.02.02 Адаптивная физическая культура»;

- приказ Министерства образования и науки от 12 марта 2015 г. № 203 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 49.03.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) (уровень бакалавриата)»;

- приказ Министерства образования и науки от 3 декабря 2015 г. № 1406 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 49.04.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) (уровень магистратуры)».

Согласно стандартам в процессе подготовки будущих специалистов необходимо решить следующие задачи:

- сформировать у студентов профессиональное мировоззрение, составляющее базис общекультурных компетенций, интерес и познавательную активность к проблемам адаптивной физической культуры, основанные на лично-ориентированной аксиологической концепции отношения общества к лицам с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов;

- обеспечить освоение студентами основ фундаментальных знаний теории и организации адаптивной физической культуры, целостное осмысление профессиональной деятельности, методических подходов, общих закономерностей данного вида социальной практики, без которых невозможно сформировать общепрофессиональные компетенции будущих специалистов по адаптивной физической культуре;

- обеспечить освоение студентами комплекса знаний, лежащих в основе общепрофессиональных и профессиональных компетенций, а также обобщенных трудовых функций, представленных в профессиональных стандартах «Тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре и спорту», «Инструктор-методист по адаптивной физической культуре», «Тренер»;

- сформировать у студентов стремление к самостоятельности и творчеству в процессе обучения, приобщить их к научно-исследовательской работе, обеспечивающей освоение ими опыта творческой деятельности;

- создать условия для освоения студентами опыта эмоционально-ценностного отношения к будущей профессиональной деятельности, позволяющего им в будущем обеспечивать комплексную реабилитацию, социальную интеграцию лиц с отклонениями в состоянии здоровья и повышение уровня качества их жизни.

В настоящее время требования к профессиональной деятельности закреплены в профессиональных стандартах. В адаптивной физической культуре реализуются несколько видов профессиональной деятельности, главными из которых являются:

- педагогическая и тренерская;
- методическая;
- спортивная;
- организаторская.

Требования к педагогической и тренерской деятельности изложены в профессиональных стандартах «Тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре и спорту» и «Тренер»; к методической – в профессиональном стандарте «Инструктор-методист»; к спортивной – в профессиональном стандарте «Спортсмен»; к организаторской – в профессиональных стандартах «Руководитель физкультурно-спортивной организации», «Спортивный судья».

Все профессиональные стандарты имеют унифицированную структуру, которая включает в себя:

- общие сведения, характеризующие вид профессиональной деятельности, его основную цель, группу занятий, вид экономической деятельности;
- функциональную карту вида профессиональной деятельности с описанием обобщенных трудовых функций и составляющих их трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт;
- характеристику обобщенных трудовых функций с указанием наименования возможных должностей, требований к образованию и обучению, к опыту практической работы, особым условиям допуска к работе и дополнительных характеристик (наименование базовой группы, должности (профессии) или специальности), а также с подробным описанием каждой трудовой функции, входящей в обобщенную.

Описание каждой трудовой функции, помимо ее наименования и происхождения, предусматривает рассмотрение каждого трудового действия, входящего в трудовую функцию, необходимых умений, знаний, других характеристик (например, как устанавливаются квалификационные категории – вторая, первая, высшая).

Профессиональные стандарты являются основой для разработки новых должностных инструкций, локальных нормативных правовых актов, определяющих новые методы морального и материального стимулирования работников, проведения аттестации на присвоение им квалификационных категорий.

Все наименования должностей, входящих в профессиональные стандарты, могут быть использованы при составлении штатных расписаний организаций, а также в трудовых договорах наравне с должностями, включенными в единые квалификационные справочники должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития России по соответствующим отраслям.

Профессиональная деятельность специалистов по АФК: тренеров, преподавателей-тренеров по адаптивной физической культуре и спорту, инструкторов-методистов по адаптивной физической культуре, учителей, педагогов, руководителей детско-юношеских спортивно-адаптивных школ – может осуществляться в самых различных областях социальной сферы: в физической культуре и спорте, образовании, социальной защите, здравоохранении, культуре. Прежде всего специалисты по АФК востребованы в областях физической культуры и спорта, образования и социальной защиты.

Утвержденные Министерством по труду и социальному развитию Российской Федерации в 2000 г. тарифно-квалификационные характеристики (требования) по новым должностям работников физической культуры и спорта нашей страны – тренера-преподавателя по адаптивной физической культуре (включая старшего) и инструктора-методиста по адаптивной физической культуре (включая старшего) – значительно актуализировали систему повышения квалификации и переподготовки кадров в этой области.

Так, для выпускников вузов физической культуры и факультетов физического воспитания, а также колледжей и техникумов физической культуры, претендующих на перечисленные должности, наиболее целесообразны краткосрочные курсы повышения квалификации в объеме 72 или 100 часов с выдачей слушателям соответственно удостоверения о краткосрочном

повышении квалификации или свидетельства о повышении квалификации, форма которых утверждена Министерством образования и науки Российской Федерации.

Для лиц, имеющих высшее профессиональное образование по педагогическим или медицинским специальностям, можно порекомендовать освоение образовательных программ переподготовки (в объеме не менее 500 часов), в том числе и для получения соответствующей квалификации (в объеме не менее 1000 часов трудоемкости).

Для преподавателей средней и высшей школы, стремящихся внедрять в своих образовательных организациях программы по адаптивной физической культуре (учебные спецкурсы, магистерскую программу и др.), наиболее приемлемы стажировки в вузах, имеющих опыт подготовки бакалавров и (или) магистров по адаптивной физической культуре.

Перспективным направлением в работе институтов и факультетов повышения квалификации и переподготовки кадров является развитие системы переподготовки для получения дополнительной квалификации (объем программы свыше 1000 аудиторных часов) по адаптивной физической культуре и внедрение этой системы в учебный процесс студентов старших курсов медицинских и педагогических вузов и университетов.

В 2000 г. под руководством С. П. Евсеева было составлено содержание проблемного поля адаптивной физической культуры для включения его в краткий паспорт специальности научных работников 13.00.04 – Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры, что и было сделано Министерством науки и технологий Российской Федерации в этом же году.

Таким образом, будучи самостоятельным направлением в сфере физической культуры и спорта, адаптивная физическая культура имеет свои институциональные черты:

- выполнение функций – реабилитационных, педагогических, социальных, а также функций физического воспитания и спорта;
- наличие собственных центров управления – от министерств до частных организационных структур;
- наличие нормативно-правовой базы;
- наличие инфраструктуры и адекватной материальной базы;
- формирование профессионального кадрового обеспечения.

2.2. Концептуальные основы адаптивной физической культуры

Основные положения концепции развития адаптивной физической культуры в нашей стране представлены С. П. Евсеевым следующим образом [32].

1. Адаптивная физическая культура является новой для России, активно развивающейся сферой социальной практики, представленной в таких областях, как физическая культура и спорт, образование, здравоохранение, социальная защита населения, наука, культура. Поэтому, помимо прямого участия в процессах комплексной реабилитации, социализации, повышения уровня качества жизни лиц с отклонениями в состоянии здоровья, адаптивная физическая культура призвана изменить отношение общества к физической культуре и данной категории наших сограждан. В первом случае необходимо значительно повысить рейтинг вопросов физической культуры, телесности на ценностной шкале человекознания и реальной жизни, а во втором – трансформировать так называемую концепцию инвалидизма в личностно ориентированную аксиологическую концепцию отношения общества к лицам с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов.

2. Адаптивная физическая культура базируется как минимум на трех областях знания – физической культуре, медицине, коррекционной педагогике. При этом в ее содержании не только обобщаются сведения перечисленных областей, но и формируются новые знания, являющиеся результатом взаимопроникновения, взаимообогащения и взаиморазвития знаний этих областей.

3. Адаптивная физическая культура представляет собой более емкий разнообразный вид деятельности по сравнению с лечебной физической культурой и физическим воспитанием детей с ограниченными возможностями здоровья, которые давно и с успехом применялись в нашей стране. Она является открытой для возможного появления новых видов адаптивной физической культуры, а в настоящее время объединяет в себе, помимо названных видов, адаптивный спорт, адаптивную двигательную рекреацию, адаптивное физическое воспитание учащихся и студентов специальных медицинских групп общеобразовательных организаций и образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные и экстремальные виды двигательной активности человека.

4. Адаптивная физическая культура позволяет удовлетворить биологические и социальные потребности каждого конкретного человека с отклонениями в состоянии здоровья (в том числе и людей, имеющих инвалидность), а не только государства, общественных институтов и организаций в деле подготовки подрастающего поколения к труду и защите своей Родины.

5. Признание человека как высшей ценности, независимо от наличия у него отклонений в состоянии здоровья, принятие его как уникального равноправного члена общества, а также обязанностей государства по созданию особых условий для его воспитания, развития, творческой самореализации – основа для формирования отношений с ним в процессе занятий адаптивной физической культурой.

6. Вся работа тренера, педагога, учителя адаптивной физической культуры должна осуществляться с учетом и исходя из конечных целей индивидуального существования человека с отклонениями в состоянии здоровья, определяющих всю систему его жизненных установок, – аксиологической концепции его жизни, а также с обязательным выполнением правила «здесь и сейчас», предписывающего исходить из реальной ситуации – материальных возможностей, возрастных и гендерных особенностей занимающихся, их состояния здоровья, национально-этнической специфики, менталитета, климатогеографических и ряда других факторов. В работе же с детьми первостепенное значение имеет формирование у них ценностной (аксиологической) концепции их жизни, в которой должны быть установки на здоровый образ жизни и самоактуализацию, максимально возможное самовыражение в любом виде человеческой деятельности. Это позволяет мобилизовать ресурсы свободной, одухотворенной, нравственной личности к саморазвитию, самовоспитанию, творчеству во всех сферах жизнедеятельности, включая адаптивное физическое воспитание и адаптивный спорт.

7. Человек с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе имеющих инвалидность, рассматривается в адаптивной физической культуре как принципиально неделимое и целостное единство, как индивид, в котором интегрируется биологическое и духовное, психосоматическое и социокультурное начала. Принципиально неприемлемым является так называемый дихотомический подход к изучению его сущности, когда он «расчленяется» на отдельные субстанции, определяемые методами исследования конкретных наук. В адаптивной физической культуре как в сфере социаль-

ной практики акцент делается не только на «физическое совершенствование занимающихся», «формирование физической готовности к жизни», но и на их всестороннее развитие и совершенствование (физическое, интеллектуальное, нравственное, эмоционально-волевое, эстетическое и др.) в процессе занятий физическими упражнениями.

8. Ведущим подходом, определяющим стратегию работы в адаптивной физической культуре, является подход, получивший наименование «на встречу природе», в соответствии с которым основное внимание тренера, педагога, учителя должно быть направлено на развитие тех качеств и способностей занимающихся, к которым у них наблюдается генетическая предрасположенность, а не на «подтягивание слабых звеньев», отстающих от среднестатистических норм. Данный подход хорошо согласуется с принципами, используемыми в коррекционной педагогике, – «ориентация не на дефект, а на потенциальные возможности ребенка», в паралимпизме – «главное внимание – тому, что есть у человека с инвалидностью, а не тому, что отсутствует». Однако подход «на встречу природе», имея много общего с изложенными принципами коррекционной педагогики и паралимпизма, в значительно большей степени ориентирует тренера, педагога, учителя на практические действия, подбор конкретных средств, методов, технологий.

9. Эффективное развитие и внедрение программ по адаптивной физической культуре, реализующихся в конкретном субъекте Российской Федерации, а также в муниципальных образованиях, возможны только в случае учета социально-экономических условий региона. При этом финансирование данных программ не должно осуществляться по остаточному принципу. Единственно приемлемым подходом, который реально обеспечивает соблюдение «равных возможностей» для инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья и который должен реализовываться в каждом регионе, является распределение имеющихся финансовых ресурсов на развитие физической культуры и спорта пропорционально соотношению между двумя категориями граждан региона – здоровыми людьми, с одной стороны, и лицами с отклонениями в состоянии здоровья – с другой.

Цель адаптивной физической культуры как вида физической культуры – максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущен-

ных 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.

Задачи, решаемые в адаптивной физической культуре, ставятся исходя из конкретных потребностей человека; приоритет тех или иных задач во многом обуславливается компонентом (видом) адаптивной физической культуры, учебным материалом, материально-техническим обеспечением образовательного процесса и другими факторами.

В самом обобщенном виде *задачи адаптивной физической культуры* разделяются на две группы [2, 73, 74].

Первая группа задач вытекает из особенностей занимающихся – лиц с отклонениями в состоянии здоровья и (или) инвалидов. Это коррекционные (исправление), компенсаторные (замена) и профилактические (предупреждение) задачи.

Вторая группа – образовательные, воспитательные, оздоровительно-развивающие задачи, наиболее традиционные для физической культуры.

Все перечисленные задачи решаются в контексте обучения тем или иным знаниям, умениям, навыкам (образовательные задачи); воспитания тех или иных свойств личности занимающихся (воспитательные задачи); развития их физических качеств и способностей, укрепления мышц стопы, совершенствования осанки и т. п. (оздоровительно-развивающие задачи) [32].

Исходя из потребностей лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, выделяют следующие *компоненты (виды) адаптивной физической культуры* [2, 73, 74].

Адаптивное физическое воспитание (образование) – компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности индивида с отклонениями в состоянии здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности, в формировании положительного и активного отношения к адаптивной физической культуре.

Основная цель адаптивного физического воспитания – «формирование у занимающихся осознанного отношения к своим силам, уверенности в них, готовности к решительным действиям, преодолению физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни. В процессе занятий адаптив-

ным физическим воспитанием формируется комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых сенсорно-перцептивных и 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» [2, с. 14].

Адаптивный спорт – компонент (вид) 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.

Сущностную 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» [2, с. 15–16].

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 (труда, учебы, спорта и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга и, вообще, на оздоровление, улучшение кондиции, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием» [2, с. 16].

Адаптивная физическая реабилитация – компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность индивида с отклонениями в состоянии здоровья в лечении, восстановлении у него вре-

менно 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» [2, с. 16].

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.

Основной целью данного компонента считается «приобщение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями 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» [2, с. 18–19].

Экстремальные виды двигательной активности – компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий 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.

«Основными целями экстремальных видов двигательной активности (дельтапланеризм, парашютный и горнолыжный спорт, скалолазание, альпинизм, серфинг, различные виды высотных прыжков и ныряния и пр.), вызывающих «острые» ощущения, являются преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенность в своих силах, недостаточное самоуважение и т. п.); формирование потребности в значительных напряжениях как необходимых условиях саморазвития и самосовершен-

ствования; профилактика состояний фрустрации, депрессии; создание у инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ощущения полноценной, полнокровной жизни» [2, с. 19–20].

Исследователями разработаны три уровня *принципов адаптивной физической культуры*: социальные, общеметодические и специально-методические принципы [32, 75].

1. Социальные принципы отражают педагогические детерминанты культурного и духовного развития личности и общества в целом, включая инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья [35, 67, 73, 78].

Принцип гуманистической направленности означает:

- создание равноправных условий на занятиях физическими упражнениями, признание ценности каждой личности независимо от физических и умственных способностей, отставания в развитии, характерологических особенностей;

- сугубо индивидуальное телесное совершенствование, ориентированное на раскрытие потенциальных возможностей физического, психического, духовного развития и саморазвития личности;

- свободу выбора доступных форм двигательной активности в процессе учебной, досуговой, трудовой, спортивной деятельности в коллективных, индивидуальных, семейных, самостоятельных занятиях, ориентирующих на здоровый образ жизни.

Принцип непрерывности физкультурного образования предполагает сохранение потребности в двигательной активности на протяжении всей жизни. Процесс непрерывных систематических занятий физическими упражнениями оказывает тренирующее влияние не только на биологические структуры и функции организма, но и на социальную и психическую адаптацию, означающую приспособление личности к условиям социальной среды и созидательное ее преобразование.

Принцип социализации предусматривает процесс освоения социально-культурного опыта, подготовку к самостоятельной жизни в обществе, активное участие в различных видах полезной деятельности, а также систему ценностей, знаний, умений, установок, норм межличностного взаимодействия и правил поведения. Данный принцип находится в тесной взаимосвязи с принципом непрерывности физкультурного образования и имеет общую аргументацию: социализация начинается с рождения и продолжается всю жизнь, без телесного здоровья как главной человеческой ценности невозможно освоение никаких других культурных ценностей.

Принцип интеграции включает в себя два понятия. Социальная интеграция – активное включение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в культурную, социальную, трудовую жизнь общества вместе со здоровыми людьми. Педагогическая интеграция – обучение детей и взрослых с различными дефектами в организациях системы образования вместе со здоровыми.

Педагогическая интеграция является этапом, упреждающим процесс социальной интеграции. Интеграцию следует начинать как можно раньше, желательно в дошкольном возрасте. При этом необходимо соблюдать следующие условия:

- программа интеграции должна включать непосредственный контакт между детьми разных систем обучения;
- программа интеграции не может быть директивной, она должна строиться на неформальной ситуации общения;
- программа интеграции должна включать совместную учебную и внеучебную деятельность детей массовой и специальной школ.

Принцип приоритетной роли микросоциума. Дефект по своей сути – явление биологическое, но его результат всегда социален, так как влияет не только на судьбу ребенка, но и на его близких. С появлением ребенка-инвалида жизнь семьи резко меняется, возникают проблемы этического, психологического, нравственного, материального характера, сужается круг общения. Формируется микросоциум, от которого всецело зависит жизнь и здоровье ребенка. Вместе с тем именно семья, являясь первой инстанцией социализации ребенка, способствует или препятствует его развитию. К сожалению, родители чаще всего недостаточно информированы о положительном влиянии физических упражнений на здоровье ребенка, коррекцию двигательных и психических нарушений. Необходима просветительская работа, создание коррекционно-оздоровительных программ, методических рекомендаций, обучение родителей, консультативная помощь и сопровождение семей, где есть ребенок с ОВЗ.

2. *Общеметодические принципы* – общие дидактические закономерности, которые важны для решения задач воспитания, обучения, развития личности [7, 35, 67, 73, 82].

Принцип научности предполагает:

- знание теорий, концепций, основных законов, стратегических идей и тенденций, методологии, проблем адаптивной физической культуры;

- знание биологических и психологических закономерностей функционирования организма с патологическими нарушениями, а также практики и опыта педагогов, работающих с данной категорией людей;

- умение применять знания на практике, обеспечивая обоснованный выбор содержания, форм и методов, опираясь на законы и принципы обучения, воспитания и развития, добиваясь максимальной эффективности педагогического процесса.

Принцип сознательности и активности направлен на осознанное и активное использование физических упражнений в жизни ребенка с нарушениями в развитии.

В практической деятельности это включает в себя:

- постановку цели и промежуточных задач на каждом этапе непрерывного физкультурного образования;

- стимуляцию позитивных мотивов, смысловых ориентаций и потребностей в двигательной активности;

- подбор адекватного содержания, методов и организационных форм адаптивной физической культуры на основе индивидуально-личностных возможностей с опорой на сохраненные функции;

- организацию психологической поддержки путем оценивания результатов деятельности, поощрения за малейшие успехи, позитивного настроения, вселяющего оптимизм;

- формирование умений анализировать собственное состояние, мышечные ощущения, качество движений и т. п.;

- постепенный переход от внешнего воспитания к личной активности и воспитанию самодисциплины, самоконтроля, самонаблюдений, самопобуждения, самооценки и др.

Принцип наглядности предусматривает комплексное использование всех органов чувств и активизацию сохраненных функций в процессе выполнения физических упражнений. Эффективность реализации принципа наглядности требует знания и учета:

- состояния основных органов чувств, индивидуальных особенностей чувственного восприятия (доминирования зрительного, слухового, тактильного и других анализаторов);

- дефекта в сенсорной системе, степени нарушения и состояния остаточной функции;

- возможностей компенсации дефекта за счет других органов чувств и активизации сохраненных.

Принцип доступности предполагает необходимость соблюдения посильной меры трудности во избежание физических, моральных, эмоциональных перегрузок. Доступность предусматривает не отсутствие, а создание стимулирующей меры трудностей. В работе с инвалидами и людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, необходимо соблюдать следующие правила:

- педагогические воздействия должны соответствовать физическим, психическим, интеллектуальным возможностям занимающихся;
- их реализация должна осуществляться на основе гибкой индивидуализации, определения меры доступного всех компонентов педагогического процесса;
- степень преодоления трудностей должна стимулировать личностное развитие.

Принцип систематичности и последовательности направлен на постепенное, но систематическое формирование мотивационных убеждений в необходимости физических упражнений для личного здоровья, уверенности в своих силах, самоутверждения. Требования систематичности и последовательности сохраняются на каждом занятии, что позволяет контролировать педагогический процесс и управлять им. Это означает своевременное начало и продолжительность разучивания одних двигательных действий и переход к другим, обеспечение преемственности, целесообразный порядок и очередность нагрузки, ее направленности, координационной сложности, величины и динамики с учетом индивидуальных возможностей занимающихся.

Принцип прочности означает не только надежное освоение знаний, двигательных умений, развитие физических качеств и способностей, но и сохранение приобретенного двигательного опыта на долгие годы. Для прочного усвоения учебного материала и позитивного отношения к нему необходимо соблюдать следующие правила:

- учитывать тяжесть и характер двигательных нарушений, особенности формирования двигательной сферы, возрастные и половые различия, природные возможности инвалида;
- опираться на сохранные функции;
- индивидуализировать педагогические воздействия, ориентируясь на личностные интересы и реальные возможности занимающихся;

- не спешить переходить к изучению новых двигательных действий, закреплять достигнутые успехи систематическим повторением изученного;
- не допускать переутомления, регулировать нагрузку за счет вариативности, продолжительности, интенсивности физических упражнений, пауз отдыха, переключения на другие виды деятельности;
- создавать доброжелательный климат на занятии, стимулировать двигательную активность положительной оценкой, одобрением;
- обеспечивать яркую, образную подачу материала и эмоциональный фон восприятия;
- активизировать познавательную деятельность, используя межпредметные связи;
- формировать знания о физической культуре, о себе и своих возможностях, инициирующие самостоятельные занятия физическими упражнениями в любой доступной форме.

3. *Специально-методические принципы* адаптивной физической культуры построены на основе интеграции принципов смежных дисциплин и законов онтогенетического развития [6, 21, 22, 73].

Принцип диагностирования для любого вида адаптивной физической культуры означает учет основного дефекта, качественного своеобразия его структуры, времени поражения, медицинского прогноза, показаний и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями, а также учет сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений. Для построения коррекционно-развивающих программ адаптивного физического воспитания для педагога важна информация о формах и вариантах психического дизонтогенеза, так как процессы ретардации и диспропорции характерны не только для психического, но и для физического развития и нуждаются в коррекции.

Практическая деятельность педагога требует углубленного знания диагностики психического состояния, так как движение тесно связано с деятельностью высших психических функций. Специалист по адаптивной физической культуре не проводит диагностику нейропсихического состояния, но он должен уметь использовать ее результаты как инструмент для понимания дефекта и выбора правильной стратегии обучения и развития ребенка.

Принцип дифференциации и индивидуализации. Дифференцированный подход в адаптивном физическом воспитании означает объединение детей в относительно однородные группы. Первичную дифференциацию осуществляет медико-психолого-педагогическая комиссия, формирующая

типологические группы детей, сходные по возрасту, клинике основного дефекта, показателям соматического развития. Однако физическая подготовленность, двигательный опыт, готовность к обучению, качественные и количественные характеристики двигательной деятельности в этих группах (классах) чрезвычайно вариативны, поэтому для проведения уроков физического воспитания нужна более тонкая дифференциация учащихся, которую осуществляет учитель физического воспитания.

Индивидуальный подход означает учет особенностей, присущих одному человеку. Эти особенности касаются пола, возраста, телосложения, двигательного опыта, свойств характера, темперамента, волевых качеств, состояния сохранных функций – двигательных, сенсорных, психических, интеллектуальных. Сущность индивидуализации педагогического процесса состоит в том, чтобы, опираясь на конкретные способности и возможности каждого ребенка, создать максимальные условия для его роста.

Принцип коррекционно-развивающей направленности педагогического процесса. Педагогические воздействия должны быть направлены не только на преодоление, сглаживание, выравнивание, ослабление физических и психических недостатков детей аномального развития, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств.

В адаптивной физической культуре коррекционно-развивающие задачи направлены на обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности, восстановление и совершенствование психофизических способностей, профилактику и предупреждение вторичных отклонений.

Принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования обходных путей. Так, при нарушении зрения компенсация формируется под влиянием комплекса сохранных ощущений: слуховых, кожных, мышечно-суставных, обонятельных, вибрационных, температурных, которые достаточно подробно информируют человека об окружающем пространстве, что и позволяет ему решать сложные двигательные задачи. При поражении спинного мозга, когда нормальную ходьбу восстановить невозможно, формируют различные варианты компенсаторной ходьбы за счет активного развития сохранных функций.

Таким образом, смысл принципа компенсаторной направленности педагогических воздействий состоит в том, чтобы с помощью специально подобранных физических упражнений, методов и методических приемов стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и системах за счет активизации сохранных функций, создавая со временем устойчивую долговременную компенсацию [51].

Принцип учета возрастных особенностей. Процесс адаптивного физического воспитания, направленный на всестороннее развитие личности каждого ребенка, должен опираться на следующие закономерности:

1. Единство генетического хода развития. Ребенок с нарушениями в развитии проходит все те же стадии онтогенетического развития, что и здоровый ребенок. Различия заключаются в темпах физического и психического развития, конечном результате и способах его достижения. Развитие личности ребенка, его физических способностей и познавательной деятельности зависит от основного дефекта и требует большего времени, иных средств и методов.

2. Максимальное использование сенситивных периодов развития. Процесс индивидуального развития происходит неравномерно и неодновременно. Периоды стабилизации и плавного развития психических, физиологических, двигательных функций сменяются ускорениями. Те возрастные периоды, в которые организм наиболее чувствителен к определенному рода воздействиям, названы сенситивными, или критическими, поскольку они оказывают существенное влияние на последующие этапы развития и весь жизненный цикл.

Для обучения двигательным действиям сенситивным периодом считается возраст 5–10 лет, а возрастной интервал от 7 до 10–12 лет предпочтителен для развития всего спектра физических качеств и координационных способностей. Поэтому естественно считать его важным для организованной закладки потенциала двигательной активности человека. Это же время является оптимальным для формирования осознанной мотивации к телесному развитию и выработки привычки заботиться о своем здоровье.

Биологический возраст ребенка с нарушениями в развитии, как правило, отстает от паспортного. Уровень его психических и физических способностей сугубо индивидуален, как индивидуальны и сенситивные зоны, важно их не пропустить, на них ориентироваться и максимально использовать для развития и личностного роста.

3. Учет зоны ближайшего развития. При разработке проблемы взаимоотношения обучения и развития для детей нормального развития и с нарушениями Л. С. Выготским были введены понятия «зона актуального развития» и «зона ближайшего развития», под которыми подразумевалась в первом случае такая подготовка ученика, которая дает ему возможность действовать самостоятельно, во втором – возможность выполнять задание с помощью учителя (или родителей), то, что самостоятельно сделать пока не удается [21].

Зона ближайшего развития определяет не только психическое, но и физическое развитие, находящиеся в процессе созревания, дает представление о потенциальных возможностях развития, что, в свою очередь, позволяет делать научно обоснованный прогноз и формулировать практические рекомендации об оптимальных сроках обучения детей с ограниченными функциональными возможностями. Выявление актуального и потенциального уровней физического развития, зоны ближайшего развития может быть основой нормативной возрастной диагностики для разных нозологических групп.

Принципы адекватности, оптимальности и вариативности педагогических воздействий. Эти принципы вытекают из признания основополагающего постулата: движение, двигательная активность для детей с ограниченными возможностями – это объективное и жизненно необходимое условие существования, поддержания «остаточного» здоровья, развития и совершенствования индивидуальных возможностей.

Принцип адекватности требует, чтобы выбор средств, методов, методических приемов соответствовал реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям занимающихся.

Принцип оптимальности предполагает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов. В качестве стимулов выступают физические упражнения, различные по характеру, направленности, координационной сложности, а также физическая нагрузка, которая должна соответствовать оптимальным реакциям организма.

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

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

Доказано, что игра для детей с нарушениями в развитии – это не только забава, развлечение, но и эффективное средство и метод решения коррекционно-развивающих задач, о чем свидетельствуют многочисленные публикации, научные исследования, программы физического воспитания, концепции оздоровления данной категории детей [20, 27, 70].

Таким образом, имеющиеся концептуальные основания, цель, задачи, принципы и существующие виды адаптивной физической культуры служат основой построения для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья рационально организованной двигательной активности как естественного стимула жизнедеятельности, призваны, 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.

2.3. Средства и методы адаптивной физической культуры

Основным средством адаптивной физической культуры является *физическое упражнение* – особый вид двигательной деятельности, при помощи которого осуществляется направленное воздействие на занимающегося и решаются образовательные, воспитательные, развивающие, коррекционные, компенсаторные и профилактические задачи [2, 34, 73, 74, 75, 77, 83].

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 и на организм, и на личность.

Эффективность воздействия физических упражнений на организм и личность определяется влиянием ряда факторов: во-первых, особенностями самих упражнений, их сложностью, новизной, эмоциональностью, величиной нагрузки; во-вторых, индивидуальными особенностями занимающихся: возрастом, полом, состоянием здоровья, двигательных возможностей, ограниченных дефектом, сопутствующими заболеваниями и вторичными нарушениями, состоянием сохранных функций (двигательных, сенсорных, интеллектуальных), двигательным опытом, способностью к обучению и контактам, личной заинтересованностью; в-третьих, внешними условиями – психологическим климатом на занятии, создающим личный комфорт занимающихся.

Помимо основного средства – физического упражнения, в АФК используются *дополнительные и вспомогательные средства*.

Специальные *дополнительные средства* в адаптивной физической культуре – это средства, обеспечивающие доступность занятий, и средства, представляющие собой важнейший компонент соревновательной деятельности, – спортивный инвентарь для инвалидов: протезная техника для верхних и нижних конечностей, многочисленные технические средства, в которых спортсмен тренируется, соревнуется сидя (коляски для различных видов спорта, санки для занятий лыжными видами спорта, конструкции для велоспорта и многие другие), специальное оборудование для выполнения упражнений сидя (для волейбола, легкоатлетических метаний, фехтования и др.), специальные озвученные мячи для незрячих спортсменов и др.

Для примера рассмотрим классификацию спортивного инвентаря для выполнения двигательных действий в положении сидя. В этом случае все технические средства можно разделить на три крупные группы:

1) технические средства, обеспечивающие деятельность, целью которой является перемещение технического средства с находящимся в нем занимающимся, а двигательные действия по управлению, маневрированию этим средством составляют саму суть рассматриваемой деятельности (*«перемещающие» технические средства*);

2) технические средства, позволяющие выполнять деятельность, целью которой выходит за рамки только его перемещения, а двигательные действия по управлению и маневрированию техническим средством составляют

основу, на базе которой совершаются главные (определяющие) двигательные действия, реализующие заданную цель деятельности («обеспечивающие» *технические средства*);

3) *технические средства*, перемещения которых либо минимальны, либо вообще отсутствуют, а двигательные действия, реализующие цель той или иной деятельности, никоим образом не связаны с управлением, маневрированием *техническим средством* («фиксирующие» *технические средства*).

К числу *специализированных средств и приемов вербального (речевого) воздействия* на занимающихся относятся инструктирование (точное и емкое объяснение при постановке заданий); указания и команды; сопроводительные пояснения и замечания; оценочные суждения (оценка выполненных заданий с пояснением ошибок, причин удач и неудач).

Особую группу составляют средства и принципы, основанные на использовании внешней и внутренней речи (мысленное проговаривание – осуществление речи, но беззвучно, про себя), а также устные сообщения – отчеты, самоприказы, самооценки. Таким путем обеспечивается повышение познавательной активности занимающихся, стимулирование у них процессов самостоятельного анализа, осмысления, обучения.

В отличие от физического упражнения, *идеомоторные и психорегулирующие упражнения* представляют собой специально направленное использование внутренней речи, образного мышления, мышечно-чувствительных и других чувствительных представлений для самовоздействия на физическое и психическое состояние, регулирование его и обеспечение готовности к действию.

Идеомоторное упражнение – многократное мысленное воспроизведение двигательного действия с особой концентрацией внимания на его решающих фазах, операциях, совершаемых при обычном исполнении с ошибками. Эмоциональная самонастройка на предстоящее действие осуществляется с помощью эмоциональных, волнующих образов, привлекаемых из жизненного опыта, литературы, кино и т. д.

Аутогенная тренировка, психорегулирующая тренировка представляют собой систему приемов самовнушения, специальных средств релаксации, заимствованных из психогигиены, психологии и медицины.

К *средствам обеспечения наглядности* относятся:

- графические пособия (рисунки, схемы, фотографии, кино-, контурпрограммы и др.);

- предметные модели и макеты (муляжи – модели тела человека, металлические модели системы «тело гимнаста – снаряд», макет игровой площадки с фигурами спортсменов, макет слаломной трассы и др.);
- кинокольцовки, видеомагнитофонные записи, кинофильмы;
- наглядные ориентиры, вводящие в обстановку действия (мячи на подвесках, флажки, мишени, линии на дорожке и др.).

К вспомогательным средствам адаптивной физической культуры относят естественно-средовые и гигиенические средства [43, 74, 77].

Естественно-средовые средства и факторы включают в себя 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, велосипеде, лодке, подвижные и спортивные игры на открытых площадках и другие виды рекреативной деятельности не только становятся эмоциональными 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. Массирующие действия 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 в виде кустарников, ям, камней и т. п.

Естественно-средовые факторы только тогда становятся средствами физического воспитания, когда их воздействие упорядочено, дозировано по продолжительности, силе и направленности. В противном случае они

остаются лишь условиями среды, влияние которых на физическое состояние, здоровье и работоспособность может быть как положительным, так и отрицательным.

В адаптивной физической культуре выделяют три группы методов:

- методы обучения;
- методы воспитания;
- методы развития физических качеств и способностей.

Первая группа методов – методы обучения [7, 35, 67, 74].

Методы обучения делятся на три группы: 1) методы организации учебной деятельности; 2) методы стимулирования учебной деятельности; 3) методы контроля и самоконтроля учебной деятельности.

1. **Методы организации учебной деятельности** характеризуются использованием следующих подгрупп методов:

- *Методы, обеспечивающие передачу и восприятие информации* (словесные, наглядные и практические методы).

К словесным методам передачи информации и слухового восприятия относятся рассказ (рассказ-вступление, рассказ-изложение, рассказ-заключение), учебная лекция, беседа и др.

К наглядным методам обучения относятся показ осваиваемого действия педагогом или учеником, метод иллюстраций с помощью плакатов, карт, зарисовок на доске, картин, портретов ученых, спортсменов и др., метод демонстраций – связан с демонстрацией изучаемых процессов и явлений (приборов, технических установок), демонстрацией кино-, видеофильмов (исполнение физических упражнений), моделей тела человека и др.

Практические методы обучения охватывают очень широкий диапазон различных видов деятельности обучающихся. К ним относятся письменные упражнения, лабораторные опыты, выполнение физических упражнений, в том числе трудовых действий, упражнения со звукозаписывающей и звуковоспроизводящей аппаратурой, а также использование тренажеров, обеспечивающих подачу занимающемуся информации по каналам прямой и обратной связи, регулирующих энергосиловой аспект взаимодействия технических устройств с занимающимся.

- *Методы, задающие стратегию и логику обучения* – от частного к общему и от общего к частному (индуктивные и дедуктивные методы).

Выбор индуктивного или дедуктивного метода определяется многими факторами, в том числе и особенностями учебного материала. Индук-

тивное изучение темы особенно полезно в тех случаях, когда материал носит преимущественно фактический характер, а ученик вначале усваивает частные факты, затем делает выводы и обобщения. Дедуктивный метод способствует более быстрому прохождению учебного материала, активнее развивает абстрактное мышление. Он предусматривает восприятие обучающимся общих положений, формул, законов, а затем им усваиваются следствия, вытекающие из них, выводятся частные случаи. В этом случае педагог должен так строить занятие, чтобы ученики могли прежде всего обнаружить генетически исходную всеобщую связь, определяющую целостную структуру всей совокупности подобных понятий.

Такое распределение методов разучивания двигательных действий (по частям или в целом) не в полной мере отражает логику индуктивно-дедуктивных отношений в системе обучения физическим упражнениям. Значительно в большей степени логику этих отношений выражает стратегия обучения двигательным действиям. Независимо от того, в целом или по частям, но вначале разучиваются так называемые базовые двигательные действия, профилирующие упражнения, владение совершенной техникой которых позволяет впоследствии достаточно легко осваивать более сложные (разумеется, и более легкие тоже) упражнения данной структурной группы.

- *Методы, характеризующие особенности мыслительной деятельности обучающегося* (репродуктивные и проблемно-поисковые методы).

Репродуктивные методы предполагают активное восприятие и запоминание информации, представляемой с помощью словесных, наглядных и практических методов и приемов обучения, являющихся их фоновой основой. Проблемно-поисковые методы обучения позволяют педагогу создать проблемную ситуацию, организовать обсуждение возможных подходов к ее разрешению, обеспечивают самостоятельный поиск учеником оптимального решения задачи.

- *Методы, определяющие управление процессом обучения* (методы самостоятельной работы обучающегося и работы под руководством педагога).

Методы самостоятельной работы выделяются на основе оценки меры самостоятельности обучающихся в выполнении деятельности, а также степени управления этой деятельностью со стороны преподавателя. В адаптивной физической культуре значение самостоятельной работы занимающихся необычайно высоко. Без самостоятельной работы, осуществляемой на основе полученных знаний и способов их использования, вообще невозможно до-

биться запланированных результатов. Причем самостоятельная работа должна выполняться и по теоретическим, и по практическим заданиям, т. е. должна предусматривать как освоение знаний, так и совершенствование двигательных действий.

2. Методы стимулирования учебной деятельности предполагают стимулирование познавательной активности обучающихся, с одной стороны, и ответственности в учении – с другой.

К методам стимулирования и мотивации интереса к обучению относят приемы создания эмоционально-нравственной ситуации (например, разбор случаев дискриминации инвалидов); введение в учебный процесс занимательных примеров, опытов, парадоксальных фактов; анализ отрывков из художественной литературы; разбор занимательных аналогий; демонстрацию неожиданной новизны физического упражнения, красивого показа; разбор интересных и эмоциональных «двигательных безделушек»; применение игрового и соревновательного методов; проведение учебных дискуссий; анализ жизненных ситуаций; создание ситуации успеха в обучении.

К методам стимулирования и мотивации ответственности в учении можно отнести разъяснение общественной значимости обучения; разъяснение личной значимости обучения в адаптивной физической культуре; предъявление учебных требований; поощрение и порицание в обучении.

3. Методы контроля и самоконтроля учебной деятельности предназначены для управления образовательным процессом, внесения в него необходимых коррективов. В данной группе методов выделяют методы устного контроля (индивидуального, фронтального опроса, устных зачетов и экзаменов, программированного опроса, компьютерного опроса и др.); методы письменного контроля (письменных работ, зачетов, экзаменов и др.); методы лабораторного контроля; методы контроля физической, технической, тактической, психологической и теоретической подготовленности занимающихся адаптивной физической культурой.

Все перечисленные методы контроля могут быть и методами самоконтроля за степенью усвоения учебного материала, наличием ошибок, неточностей, особенностями функционирования тех или иных систем организма лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Вторая группа методов – методы воспитания [7, 35, 67, 74, 82].

Методы воспитания разделяют на три группы: 1) методы воздействия на сознание, чувства и волю обучающихся (методы формирования нравст-

венного сознания); 2) методы организации деятельности и формирования опыта общественного поведения (методы формирования нравственного поведения); 3) методы регулирования, корректирования и стимулирования поведения и деятельности (методы поощрения и наказания).

1. Методы воздействия на сознание, чувства и волю обучающихся:

- *беседа* используется для привлечения учащихся к оценке событий, поступков, явлений общественной жизни;

- *лекции* применяются для разъяснения представлений и понятий в области общественной жизни, трудовой деятельности, науки, техники, этики и эстетики;

- *разъяснение*, помимо раскрытия содержания нравственной нормы, должно обеспечить понимание необходимости ее выполнения;

- *совет* содержит в мягкой форме указание, как следует поступать в той или иной ситуации;

- *пример* обеспечивает формирование определенной психологической установки, служит образцом для подражания и может быть личным, взятым из жизни или литературы;

- *внушение* – это особый вид психологического воздействия на человека, главным образом словесного, суть которого в некритическом восприятии того, что внушается;

- *взаимное просвещение* – это выступление с докладами, сообщениями, информацией перед сверстниками, членами спортивной команды и др.;

- *дискуссии* – обсуждение действий и поступков воспитанников с оценкой их нравственности и полезности для группы;

- *этические беседы* как переходная степень от доклада к диспуту (диспут – обсуждение нравственной проблемы, по которой у занимающихся имеется личный опыт, но он недостаточно осмыслен и порой противоречив по своей сути).

2. Методы организации деятельности и формирования опыта общественного поведения:

- *педагогическое требование* – его содержание определяется общечеловеческими нормами нравственности, олимпийскими идеалами, а в адаптивном спорте принципами честной игры, закрепленными в правилах соревнований, а также в уставе (Конституции) Международного паралимпийского комитета (МПК);

- *общественное мнение*, выражающее позицию коллектива, обладающее мощным воспитательным потенциалом;

- *приучение* представляет собой организацию планомерного и регулярного выполнения занимающимися определенных действий, заданий, поручений, обязанностей с целью превращения их в привычные формы поведения. Одним из испытанных средств приучения к необходимым формам поведения является режим жизни и деятельности обучающегося;

- *упражнение* позволяет осуществить переход от сознательного выполнения какой-либо этической нормы к выполнению ее в форме традиции, привычки;

- *организация воспитывающих ситуаций* представляет собой создание такой внешней обстановки, которая вызывает у обучающихся необходимое психическое состояние, представление, чувство, побуждает совершить поступок. Обучающийся ставится перед необходимостью выбрать решение из нескольких возможных вариантов. В поисках выхода из созданной педагогом ситуации занимающийся пересматривает, переосмысливает, перестраивает свое поведение, приводит его в соответствии с актуальной обстановкой.

3. Методы регулирования, корректирования и стимулирования поведения и деятельности:

- *Метод воспитывающей среды*. Воспитывающая среда означает организацию жизнедеятельности во взаимодействии с окружающим миром, где каждый человек – объект среды и объект воздействия среды. Содержанием среды как фактора социального развития личности выступает культурное, ценностное, поведенческое, информационное окружение. Педагог, профессионально использующий объективное влияние социальных факторов, придает ему целевую направленность, переводя социальную ситуацию в педагогическую – тем самым создавая воспитывающую среду. Для детей с нарушениями в развитии неопределимую роль в ее организации играет семья, где начинается приобщение детей к культуре, труду, ценностям и нормам общества. В адаптивной физической культуре среда рассматривается не просто как сфера общества, а как «сквозная система» и необходимый механизм комплексного влияния на воспитание человека.

- *Метод воспитывающей деятельности*. Воспитывающая деятельность означает вовлечение воспитанников во все разнообразие видов деятельности, что показывает активное отношение человека к реальности. Деятельность человека, воздействуя на окружающий мир и преобразуя его,

служит средством удовлетворения разнообразных потребностей и одновременно является фактором собственного духовного, физического и психического развития. Любая целостная конкретная деятельность инициируется потребностью, мотивом, интересом, ценностными ориентациями, делающими ее осознанной и устойчивой на перспективу.

• *Метод осмысления человеком себя в реальной жизни.* Осмысление человеком себя в реальной жизни (рефлексия) означает взаимодействие его с окружающим миром. Формирование собственного «Я» в мире и мира в себе – сложная комплексная проблема, равноценная социализации личности. Сущность этого процесса заключается в том, что человек не просто живет, вмонтированный актом рождения в культуру, а сам является носителем и творцом культуры. По сравнению со здоровыми у лиц с сенсорными, двигательными, интеллектуальными нарушениями этот процесс имеет естественное осложнение, обусловленное меньшей мобильностью, ограниченными возможностями коммуникации. Поэтому социальная среда, разнообразная деятельность как основные факторы воспитания занимают особое место в жизни, самооценке себя, становлении личности данной категории населения.

Профессиональное внимание педагога на действиях, поведении, эмоциональных реакциях, словах и интонационной окраске отношения воспитанника к социально-культурным ценностям (человеку, природе, здоровью, обществу, труду, познанию, ценностным основам жизни, достойной человека, – добру, истине, красоте) помогает выработать внутренние установки. Это позволяет преобразовать каждый момент своей деятельности в проживание ценностных отношений: участие в споре – поиск истины; забота о своей внешности, фигуре, походке – поиск красоты; участие в соревнованиях – проявление индивидуальности, самоутверждения; уборка стадиона, подметание дорожки – наведение порядка на планете. Только собственная активность, личностная позиция «быть», самовоспитание способны преобразовать жизнь и судьбу, вселить надежду и уверенность в своих силах.

Третья группа – методы развития физических качеств и способностей [74, 82].

Многokrатное 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, регули-

рование 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): силу, скорость, координацию, 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 отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов используются те же методы, что и для здоровых людей, но с учетом специфики их заболевания:

- для развития мышечной силы – методы максимальных, повторных, динамических, изометрических и 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 отклонениями в состоянии здоровья опирается на диагностику их 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 и комбинированные упражнения. Все они направлены на обеспечение необходимой амплитуды движений, а также на восстановление утраченной подвижности в суставах в результате заболеваний, травм и т. п. Упражнения на растягивание нацелены 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, 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 передать 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), пространственно-временную (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 собой 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 дифференцирование зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению;
- воспроизведение заданного ритма движений (под музыку, голос, хлопки и др.);
- 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.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте основные черты адаптивной физической культуры как социального института.
2. Дайте характеристику адаптивной физической культуре как виду физической культуры человека с ограниченными возможностями здоровья, включая инвалида.
3. Раскройте основные группы функций адаптивной физической культуры: реабилитационные, педагогические, социальные, функции физического воспитания и спорта.
4. Какова структура организации и управления адаптивной физической культурой в России?
5. Раскройте международные и российские нормативно-правовые основы адаптивной физической культуры.
6. Что входит в инфраструктуру и материальную базу адаптивной физической культуры? Каково их состояние?

7. Охарактеризуйте систему отечественной подготовки кадров для адаптивной физической культуры.

8. Какие требования предъявляют федеральные государственные образовательные и профессиональные стандарты к специалистам по адаптивной физической культуре?

9. Охарактеризуйте основные положения концепции развития адаптивной физической культуры, представленные С. П. Евсеевым.

10. Раскройте цель и основные задачи адаптивной физической культуры как вида физической культуры.

11. Дайте характеристику компонентам (видам) адаптивной физической культуры.

12. Охарактеризуйте основные принципы адаптивной физической культуры: социальные, общеметодические и специально-методические.

13. Дайте характеристику основному средству адаптивной физической культуры – физическому упражнению.

14. Дайте характеристику дополнительным средствам адаптивной физической культуры.

15. Дайте характеристику вспомогательным средствам адаптивной физической культуры.

16. Раскройте сущность применения методов обучения в адаптивной физической культуре.

17. Раскройте сущность применения методов воспитания в адаптивной физической культуре.

18. Раскройте сущность применения методов развития физических качеств и способностей в адаптивной физической культуре.

Глава 3. РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

3.1. Адаптивная физическая культура как составная часть комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья

Комплексная реабилитация как процесс обеспечения готовности лица с ограниченными возможностями здоровья к осуществлению образа жизни, который бы не вступал в противоречие с образом жизни здоровых (нормально развивающихся) людей, предполагает необходимое использование физических упражнений, адаптированных к конкретному заболеванию или дефекту двигательной активности.

С. Н. Попов рассматривает реабилитацию людей с ограниченными возможностями здоровья как сложную социально-медицинскую проблему, включающую разные аспекты: медицинские, физические, психологические, профессиональные и социально-экономические [80].

Медицинский и физический аспекты реабилитации представляют собой восстановление жизнедеятельности человека с ОВЗ путем комплексного использования различных средств, нацеленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных функций.

Разумеется, коррекционная работа может проводиться по отношению как к основному дефекту, так и к сопутствующему заболеванию, а также по отношению к вторичным нарушениям, обусловленным основным дефектом.

В том случае, когда коррекция невозможна, на первый план выступают компенсаторные задачи (формирование пространственно-временной ориентировки у незрячих, «тренировка» сохранных сенсорных систем, обучение ходьбе на протезах и т. п.).

И, наконец, тот или иной дефект, то или иное заболевание требуют обязательной профилактической работы (решения профилактических задач). Так, например, ограничение мобильности человека настоятельно требует целенаправленной деятельности по профилактике заболеваний, обусловленных гиподинамией и гипокинезией [32].

Психологический аспект реабилитации направлен на коррекцию психического состояния лица с ограниченными возможностями здоровья, а также формирование у него положительного отношения к лечению, медицинским рекомендациям, осуществлению реабилитационных мероприятий.

Профессиональный аспект реабилитации затрагивает вопросы обучения лиц с ОВЗ необходимым и допустимым для них трудовым действиям, формирования навыков самообслуживания, профессиональной ориентации и профессионального обучения в соответствии с их возможностями.

Социально-экономическая реабилитация заключается в том, чтобы обеспечить лицу с ограниченными возможностями здоровья экономическое содействие и социальную состоятельность [71].

Из этого следует, что реабилитация лиц с ОВЗ и инвалидов – многосторонний процесс восстановления их здоровья и интеграции в социальную жизнь общества. Поэтому все виды реабилитации следует рассматривать в единстве и взаимосвязи [25, с. 4–11].

Физическая реабилитация является основой любого вида реабилитации, ее базовой составляющей (социально-трудовой, социально-бытовой, социально-культурной и др.). Объясняется это тем, что человек представляет собой неделимое единство биологического, психологического и социального, которые находятся в теснейшей взаимосвязи, взаимодействии.

По мнению С. Н. Попова, физическая реабилитация – составная часть медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов. Другими словами, физическая реабилитация – это составная часть медицинской и социально-трудовой реабилитации, использующая средства и методы физической культуры, массаж и физические факторы [80].

В Федеральном законе «О физической культуре и спорте» физическая культура определяется как часть культуры общества, представляющая собой совокупность ценностей и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей

человека, совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития [57]. Это особая область культуры, которая выполняет реабилитационную роль путем развития двигательного аппарата, повышения работоспособности, удовлетворения потребности в общении, восстановлении психологического статуса, самореализации при занятиях спортом.

Адаптивная физическая культура представляет собой новое направление в отечественной системе реабилитации инвалидов. Это часть физической культуры, предназначенная для людей со стойкими нарушениями функций вследствие заболеваний, травм или врожденных дефектов, направленная на стимуляцию позитивных реакций организма и формирование необходимых двигательных умений, навыков, физических качеств и способностей, создание готовности человека к жизни, оптимизацию его физического состояния и развития [71].

Адаптивная физическая культура оказывает помощь в решении многих проблем лицам с ограниченными возможностями здоровья:

- позволяет устранить или ослабить сосредоточения неблагоприятных последствий жизни, в частности психоэмоциональные перегрузки, недостаточную двигательную активность и избыточное нерациональное питание, добиваться увеличения трудоспособности населения и снижения уровня «болезней века»;
- обеспечивает физическую активность и стимулирует естественный иммунитет – невосприимчивость организма к болезнетворным воздействиям;
- обеспечивает безболезненное переключение психоэмоциональной сферы на новые объекты внешней среды, отвлечение от отрицательных факторов повседневной жизнедеятельности;
- воспитывает морально-волевые качества (коллективизм, любознательность, жажду преодоления препятствий), играющие немаловажную роль в профилактике психоэмоциональных расстройств;
- обеспечивает повышение уровня обменных процессов, деятельности эндокринной системы и стимулирует регенеративные процессы.

Адаптивная физкультура является важнейшим компонентом всей системы реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, всех ее видов (адаптивное физическое образование, адаптивный

спорт, адаптивная двигательная рекреация, адаптивная физическая реабилитация, экстремальные виды двигательной активности, креативные телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры) и форм. Она со всей очевидностью присутствует во всех сферах жизнедеятельности человека и поэтому составляет фундамент, основу социально-трудовой, социально-бытовой и социально-культурной реабилитации; выступает в качестве важнейшего средства и метода медицинской, технической, психологической, педагогической реабилитации. Двигательная мобильность человека с ОВЗ представляет собой один из важнейших критериев характеристики процесса реабилитации.

Адаптивная физическая культура предполагает не только значительно более широкое привлечение средств и методов данного вида культуры, являющегося базой, основой социализации личности лица с ограниченными возможностями здоровья, его адаптации к трудовой деятельности и вообще саморазвития, самовыражения и самореализации, но и востребует знания специфических принципов, организационных форм их использования, конкретизации коррекционных задач [41].

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья движение – это не только условие жизнеобеспечения, средство и метод поддержания работоспособности, но и способ развития всех зон коры больших полушарий мозга, координации межцентральных связей, формирования двигательных взаимодействий, анализаторных систем, познавательных процессов, коррекции и компенсации недостатков в физическом и психическом развитии [74].

В практике комплексной реабилитации лиц с ОВЗ и инвалидов существует ряд проблем, для решения которых целесообразно применять средства и методы АФК.

Одной из главных проблем в системе комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья практически любых нозологических групп является «борьба» с последствиями вынужденной малоподвижности, активизация деятельности всех сохранных функций и систем организма человека, профилактика огромного количества болезней, зарождающихся в результате гиподинамии и гипокинезии. И именно эту проблему в первую очередь должна решать адаптивная физическая культура [74].

Подчеркнем, что практически не существует видов заболеваний (за исключением острых стадий), при которых средства и методы адаптивной фи-

зической культуры не оказались бы полезными. Эффект от них будет зависеть от правильного подбора упражнений, определения нужной интенсивности и дозировки их выполнения, интервалов отдыха и других факторов.

Второй по значимости проблемой, которую целесообразно решать с помощью технологий адаптивной физической культуры в процессе комплексной реабилитации инвалидов, является проблема преодоления психологических комплексов неполноценности (чувства эмоциональной обиды, отчужденности, пассивности, повышенной тревоги, потерянной уверенности в себе и др.) или, наоборот, завышения своей оценки (эгоцентризма, агрессивности и др.). Для решения данной проблемы могут весьма успешно применяться различные варианты креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практик: психосоматическая саморегуляция, ритмопластика, танцтерапия и др. Хорошо влияет на эмоционально-волевую сферу занимающихся игровая и соревновательная деятельность, сюжетно-ролевые способы выполнения двигательных заданий.

Третьей проблемой, решаемой в системе комплексной реабилитации инвалидов за счет использования средств и методов адаптивной физической культуры, является коррекция основного дефекта.

Существует большое количество различных авторских методик коррекции с помощью физических упражнений, выполняемых совместно с психорегулирующими тренингами и заданиями, последствий детского церебрального паралича, нарушений зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, травм спинного мозга, соматических и целого ряда других заболеваний.

Однако эти методики настороженно воспринимаются традиционной медициной, представителями специального образования.

Следующая, четвертая проблема комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, решение которой может быть осуществлено специалистами по АФК, заключается в необходимости освоения новых двигательных умений и навыков, обусловленных потребностью человека компенсировать дефект, не поддающийся коррекции или восстановлению. В адаптивной физической культуре разработаны средства и методы освоения двигательных действий, основанные на широком применении вспомогательных устройств и тренажеров, использовании физической помощи и страховки, других методических приемов.

Пятая проблема сводится к всестороннему и гармоничному развитию физических качеств и способностей занимающихся, повышению их кондиционных возможностей на основе широкого применения средств и методов адаптивной физической культуры [74].

Отметим, что предметом профессиональной деятельности в адаптивной физической культуре как педагога, так и занимающихся является целенаправленное решение перечисленных проблем в работе с лицами, имеющими ограничения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, в процессе их комплексной реабилитации, а также осуществление типичного для конкретных исторических условий образа жизни, достижение соответствующего уровня ее качества.

Адаптивная физическая культура должна помочь человеку с ОВЗ найти равновесие между олицетворением себя в качестве единицы социума и потребностью проявления себя как автономной личности. Он должен уметь балансировать, чтобы сознательно действовать, опираясь на нормы и требования, ставшие органичной частью его внутреннего мира.

Адаптивная физическая культура помогает осознать тот факт, что отклонения в состоянии здоровья и как следствие ограничение возможностей, несмотря на всю трагичность, не являются приговором для жизни в четырех стенах. Лица с ОВЗ рассматривают занятия физической культурой как социально активное средство реабилитации, которое способствует раскрытию уровня их реальных жизненных возможностей, помогает обрести уверенность в своих силах и принимать посильное участие в спортивных мероприятиях, дает толчок к самоуважению, самостоятельности, к здоровым и положительным эмоциям, играет немаловажную роль в преодолении социальных и психологических барьеров.

Таким образом, адаптивная физическая культура занимает особое место в системе комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья и дает им реальный шанс на полноценное активное участие в жизни социума как социальной единицы. Общая «философия» использования средств адаптивной физической культуры состоит в принципиально новом понимании ее смысла как социального феномена, основной целью которого является социализация или социальная абилитация личности человека с ОВЗ, поднятие уровня качества его жизни, наполнения ее новым содержанием, смыслом, эмоциями, чувствами, а не сводится только к лечению и коррекции с помощью тех или иных психотерапевтических процедур [40].

3.2. Основные функции адаптивной физической культуры и спорта, их взаимосвязь со стратегией социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья

Социальная интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья – многогранный процесс изменения и восстановления разрушенной сферы сознания больного человека от уныния и пассивности к активности и желанию прикладывать максимальные усилия для восстановления своего здоровья и полноценной включенности в основные сферы жизнедеятельности и общения с окружающим социумом.

Выпадение людей с ОВЗ из культурно и социально обусловленного пространства вследствие нарушения адекватных взаимосвязей со средой объясняется несоответствием социального, психологического и психофизиологического статуса данных лиц требованиям социальной ситуации [4].

В структуре адаптивной физической культуры все виды, ее составляющие (адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация, физическая реабилитация и др.), находятся в неразрывной взаимосвязи, подвижны, взаимно переходят и дополняют друг друга и проявляются в единстве. Единство структурных элементов служит основанием, чтобы считать адаптивную физическую культуру целостной функциональной системой. Ядром этой системы является физическое упражнение, которое выступает как системообразующий фактор, основная структурная единица АФК, средство и метод удовлетворения потребности людей в физкультурной деятельности. Исходя из философской категории взаимосвязи структуры и функции, каждому структурному элементу присуща конкретная функция: адаптивному физическому воспитанию – преимущественно образовательная, адаптивной двигательной рекреации – оздоровительно-поддерживающая, адаптивному спорту – функция совершенствования, физической реабилитации – лечебно-восстановительная, креативным телесно-ориентированным практикам – творческая, экстремальным видам двигательной активности – престижная. При этом, являясь частью общечеловеческой культуры, адаптивная физическая культура выполняет, в первую очередь, культурную функцию, включающую освоение широкого спектра ценностей, связанных с удовлетворением многообразных естественных и социальных потребностей, саморазвития и совершенствования личности людей с ограниченными функциональными возможностями в целях их социализации и интеграции в общество.

Чтобы наглядно представить роль и место адаптивной физической культуры в социальной интеграции и вообще в жизни общества, рассмотрим еще раз ее функции, но уже с точки зрения их взаимосвязи со стратегией социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Все функции адаптивной физической культуры реализуются через движение, двигательные действия (физические упражнения), двигательную активность, двигательную (физкультурную) деятельность, в основе которых лежат деятельностные способности занимающихся, полученные ими от природы, но ограниченные влиянием той или иной патологии. Деятельность в сфере АФК столь разнообразна, что выходит далеко за рамки непосредственных занятий физическими упражнениями, где осуществляются педагогические функции, и вступает в различные социальные отношения с другими институтами, общественными явлениями и процессами, формирующими социальные функции [2].

Рассматривая функции адаптивной физической культуры, С. П. Евсеев выделяет следующие группы функций: педагогические (коррекционно-компенсаторная, профилактическая, образовательная, развивающая, воспитательная, ценностно-ориентационная, лечебно-восстановительная, профессионально-подготовительная, творческая, рекреативно-оздоровительная, гедонистическая, спортивная и соревновательная функции), свойственные только ей и реализуемые в процессе занятий физическими упражнениями, и социальные (гуманистическая, социализирующая, интегративная, коммуникативная, зрелищная и эстетическая функции), представленные как результат совместной деятельности с другими социальными институтами (организациями социальной защиты, специального образования, медико-психолого-педагогической помощи и др., а также родителями). При этом выбраны не все известные функции, а лишь те, которые имеют приоритетное значение для лиц с ограниченными возможностями здоровья [32].

Специфические образовательные *педагогические функции* адаптивной физической культуры определяются совокупностью взаимосвязанных сторон адаптивного физического воспитания (обучения, развития и коррекции), которые являются его сущностной основой.

- *Коррекционно-компенсаторная функция* адаптивной физической культуры является ведущей для всех ее видов. Основанием для коррекции служат отклонения в физической и психической сфере, в состоянии здоровья. Как правило, коррекция двигательных нарушений в процессе много-

кратного повторения упражнений оказывает и развивающее воздействие, а развивающая функция всегда носит индивидуальный характер, потому ее с полным правом можно назвать коррекционно-развивающей.

- *Профилактическая функция.* Для всех без исключения лиц с ограниченными возможностями здоровья в целях борьбы с негативными последствиями гиподинамии профилактическая функция заключается в очевидной целесообразности всех доступных видов двигательной активности, а также гигиенических и природных факторов закаливания организма и внедрения их в повседневную жизнь. Разъяснительная работа касается соблюдения двигательного режима, отдыха и рационального питания, сохранения и формирования осанки, ликвидации вредных привычек и др.

- *Образовательная функция* представляет собой формирование знаний и двигательных умений на оптимальном для жизнедеятельности каждого человека уровне. Эта функция пронизывает все виды адаптивной физической культуры, но особенно ярко она выражена в адаптивном физическом воспитании и адаптивном спорте.

В адаптивном спорте образовательная деятельность носит полифункциональный характер, так как представляет собой совокупность разных видов подготовки: технической, тактической, физической, волевой, психологической, интеллектуальной. Их освоение требует от спортсмена не только напряженной физической деятельности, но и огромного объема знаний о рациональном построении индивидуальной спортивной техники и тренировочного процесса в целом, планировании нагрузки, тактике и этике спортивной борьбы, правилах соревнований, динамике функционального состояния, врачебно-педагогическом контроле и т. п.

Образовательная функция адаптивного спорта реализуется не только в собственно-тренировочной и соревновательной деятельности, познании собственных возможностей, но и в творческом освоении широкого диапазона специальных знаний.

- *Развивающая функция* адаптивной физической культуры заключается в целенаправленном воздействии на развитие мышечной силы, быстроты, ловкости, гибкости, выносливости, координационных способностей. Их развитие происходит за счет перестройки и совершенствования регуляции физиологических функций, мобилизации резервных ресурсов, активизации защитных сил организма, адаптации всех систем и функций организма, волевых усилий, так как нарушения физического развития и физической подготовленности являются закономерными для лиц с ОВЗ всех нозологических групп.

Развивающая функция реализуется во всех видах адаптивной физической культуры. Адаптивное физическое воспитание создает начальную базу для разностороннего развития физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для их дальнейшего развития. Адаптивный спорт дает возможность полнее раскрыть эти способности, испытывать радость и полноту жизни от владения своим телом и способности преодолевать трудности [62].

- *Воспитательная функция.* На воспитание личности человека с ограниченными функциональными возможностями оказывают влияние среда, природа, искусство, образование, семья, учителя и наставники, врачи, психологи, друзья, сверстники и т. п.

К воспитательным функциям адаптивной физической культуры можно отнести лишь те, которые являются прямым результатом педагогической деятельности на занятиях физическими упражнениями.

Цель воспитания – всестороннее гармоническое развитие личности, раскрытие ее потенциальных возможностей при суженных сенсорных, моторных, интеллектуальных функциях, дисгармоническом развитии и дезадаптации. Исходная позиция воспитания по отношению к данной категории людей – воспринимать их личностями, обладающими возможностями формировать себя, осознавать свое поведение, усваивать знания и строить жизнь в человеческом обществе.

- *Ценностно-ориентационная функция.* Ценности адаптивной физической культуры связаны с освоением, совершенствованием, поддержанием, восстановлением, самореализацией физических и духовных сил человека. Именно в этом единстве деятельности реализуются культурно-духовные потребности, формируются умения и навыки, способности, самовоспитание, коммуникативные отношения, самоопределение в обществе. Устойчивое приобщение к ценностям адаптивной физической культуры является залогом здоровья, жизнеспособности, формирования здорового образа жизни.

Для каждого отдельно взятого человека имеют значение и ценности индивидуального существования, которые включают познание самого себя, отношение к физкультурной деятельности и реальное поведение.

- *Лечебно-восстановительная функция.* Эта функция является главной в физической реабилитации. Лечебное применение физических упражнений основывается на педагогических, психологических и физиологических закономерностях формирования движений и управления ими. Ко-

нечная цель – восстановление человека как личности, ускорение восстановительных процессов после травм, заболеваний и др., предотвращение или уменьшение инвалидизации.

- *Профессионально-подготовительная функция.* Актуальность этой функции обусловлена тем, что «по окончании учебного заведения (школы, ПТУ, техникума, вуза) перед инвалидами встает проблема занятости, конкурентоспособности на рынке труда, удовлетворения потребности в деятельности, экономической независимости» [39, с. 216].

Формирование профессиональной ориентации у детей с дефектами развития начинается с раннего возраста в семье, в дошкольной организации.

- *Творческая функция* заключается в раскрытии многогранных способностей людей с ограниченными возможностями в разных видах физкультурной деятельности.

Так, физическая рекреация – наиболее массовая и демократичная форма активного отдыха инвалидов – часто строится на принципах самоорганизации. Эта деятельность требует специальных знаний, выдумки, инициативы, творчества в организации и использовании физических упражнений, модернизации оборудования, мест занятий, освоении территорий, удовлетворяющих двигательные и эмоционально-эстетические потребности разных возрастных и нозологических групп инвалидов.

В адаптивном спорте творчество проявляется особенно ярко в освоении индивидуальной спортивной техники и тактики, приспособленных к дефекту, в подготовке технических средств, поиске оптимальных величин допустимой нагрузки, эффективных способов лечебно-восстановительной и профилактической работы и др.

- *Рекреативно-оздоровительная функция* реализуется как удовлетворение потребности в активном отдыхе, содержательном развлечении, как средство переключения на другой вид деятельности, восстановления физических и духовных сил.

Наиболее типичными формами физической рекреации являются занятия в условиях быта и семьи, учебной и трудовой деятельности, а также в сфере досуга и отдыха.

- *Гедонистическая функция* (от гр. *hedone* – наслаждение, удовольствие; направление, возникшее в античности, утверждающее наслаждение как высший мотив и цель человеческого поведения) проявляется в тех видах двигательной деятельности, которые доставляют радость, восторг, ощущение счастья.

Люди с различными нарушениями и ограничениями в движении острее переживают даже малейшие успехи в своих двигательных способностях. Они искренне выражают свои чувства, радуются возможности ходить, играть, соревноваться, общаться, побеждать. Задача специалиста по адаптивной физической культуре состоит в том, чтобы создать атмосферу психологического комфорта, доверия, доброжелательности, свободы, раскованности, чтобы лица с ОВЗ смогли радоваться, получать удовольствие от физических упражнений.

• *Спортивная и соревновательная функция.* Адаптивный спорт, активно развивающийся в настоящее время во всем мире, включает в себя три основные разновидности: паралимпийское, специальное олимпийское и сурдлимпийское движения (Всемирные игры глухих – «Тихие игры») [31]. Многолетний опыт отечественной и зарубежной практики в области спорта инвалидов свидетельствует о том, что для данного контингента тренировочный процесс и участие в соревнованиях являются действенными способами физической, психической, социальной адаптации [62].

Адаптивное физическое воспитание, взаимодействуя в системе общественных отношений с другими социальными институтами, процессами и явлениями, формирует связи, отражающие ее *социальные функции*. Однако выделение социальных функций весьма условно, так как они органично вплетаются в педагогический процесс, но могут существовать и самостоятельно независимо от физического воспитания.

• *Гуманистическая функция.* Идея гуманизма состоит в признании человека высшей ценностью во всей его телесной и духовной неповторимости. Гуманизация физкультурного образования выражается прежде всего в его цели: формирование физической культуры личности как системы ценностей, реализуемых в здоровом образе жизни [56].

Гуманистическая функция в сфере АФК предполагает ориентацию на личностное развитие, включающее следующие процессы:

- формирование осознанного отношения и потребности к любым формам двигательной активности как необходимому условию жизнеобеспечения;
- формирование знаний, двигательных умений, физических качеств и способностей для создания предпосылок к полноценной самостоятельной жизни, учебной, профессиональной и другим видам деятельности;
- освоение интеллектуальных, валеологических, нравственных, этических, эстетических ценностей физической культуры, способствующих созданию условий равной личности, свободы самопроявления, самореализации и самоактуализации.

- *Социализирующая функция.* Под социализацией понимается процесс включения человека в жизнь общества, усвоение опыта социальной жизни, образцов поведения, социальных норм, ролей и функций, вхождение в социальную среду и социальные группы [58].

Из определения вытекает, что социализация – сложное многогранное явление, а для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, особенно инвалидов, является необходимой частью жизни, так как равноправное вхождение человека в созидательную общественную практику предъявляет высокие требования к всестороннему развитию личности. Адаптивная физическая культура для данной категории людей выступает как фундаментальная основа подготовки к самостоятельной жизни и необходимое условие жизнеобеспечения, духовного и физического развития.

- *Интегративная функция.* Если социализирующая функция включает в себе усвоение и воспроизведение знаний, умений, норм и ценностей, то интегративная функция означает включение различных категорий инвалидов в социальные системы, структуры, социумы, предназначенные для здоровых людей, активное участие в основных направлениях жизни и деятельности, самореализацию и раскрытие личностных способностей. Но человек социализированный, т. е. подготовленный к жизни в обществе, может оказаться неинтегрированным, не востребованным обществом.

Социализация и интеграция находятся в тесной взаимосвязи: чем выше уровень социализации, тем больше шансов у человека включиться в деятельность других групп, коллективов, сообществ. В соответствии с определением ВОЗ конечной целью реабилитации инвалидов является их социальная интеграция.

- *Коммуникативная функция.* Общение как социальный процесс имеет особое значение для лиц с ОВЗ и инвалидов, поскольку входит в содержание человеческого взаимопонимания. В общении отражается потребность человека в эмоциональном контакте, в проявлении своих чувств и ответном понимании, получении информации, ощущении включенности в какую-либо деятельность [13].

- *Зрелищная и эстетическая функции.* Зрелище рассматривается как особый вид реализации потребности в специфической деятельности, связанной с эстетическим, эмоциональным удовольствием, сопереживанием. Для детей с нарушениями в развитии, ограниченных в общении, движении, игре, зрелищная функция имеет особое значение. С раннего возраста ребенок должен видеть, понимать, чувствовать красоту, стремиться к ней.

А в адаптивной физической культуре эта потребность реализуется в процессе занятий физическими упражнениями.

Следовательно, можно сказать, что рассмотренные функциональные элементы адаптивной физической культуры позволяют реализовать важнейшие коммуникативные, личностные и общесоциальные потребности лиц с ограниченными возможностями здоровья. При этом специфика адаптивной ориентированности выступает в качестве функционального ядра, тогда как адаптивная направленность физической культуры проявляется в качестве функционального потенциала. Все существующие прикладные спортивные мероприятия, движения, объединения являются частью общей социально-интеграционной системы, в которой адекватной социализации способствует взаимодействие людей в рамках основных социальных институтов.

Адаптивная физическая культура обладает высоким уровнем интегрирующего потенциала. Приобщение лиц с ограниченными возможностями здоровья к занятиям АФК формирует мировоззрение и жизненные приоритеты, объединяет людей различных социальных категорий, помогает реализовать стремление к самосовершенствованию, развивать нравственные качества, гармоничное отношение к социуму, что способствует социальной интеграции в общество в качестве активных социальных единиц.

Таким образом, адаптивная физическая культура, являясь частью физической и общечеловеческой культуры, выполняет важные социальные и педагогические функции духовного и физического развития лиц с ограниченными возможностями здоровья. Все педагогические функции имеют предметное выражение в деятельности, сущность которой заключается в многообразном использовании физических упражнений – универсального средства и метода инициации двигательной активности инвалидов. Социальные функции органично вплетаются в процесс АФК, развивая духовную сферу, интеллектуальные, психические способности, формируя позитивное отношение к ценностям физической культуры, здоровому стилю жизни.

3.3. Социализация лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры

В современной ситуации потребность лиц с ограниченными возможностями здоровья в приобщении, причастности к социуму, стремлении к самоутверждению сталкивается, во-первых, с отсутствием понимания, уважения со стороны общества, которое не принимает самостоятельность

и общественную ценность данных лиц, во-вторых, с отсутствием условий для их реального включения в жизнь общества. Данное противоречие приводит к острому внутреннему конфликту и искусственной задержке личностного развития лиц с ОВЗ, лишая их возможности занять активную социальную позицию и успешно социализироваться в обществе [47].

С. А. Самоукова определяет социализацию как процесс становления личности, обучения и усвоения индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной общности, группе. Каждому лицу с ограниченными возможностями здоровья необходимо усвоить выработанные обществом и различными группами нормы ценностей, установки, представления и стереотипы [63].

Одной из главных целей социализации является приспособление, адаптация человека к социальной реальности.

Процесс социализации – это процесс взаимодействия личности и общества. Данное взаимодействие включает в себя, с одной стороны, способ передачи индивиду социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных изменений.

В современном обществе наблюдается устойчивая тенденция повышения социальной роли физической культуры и спорта, в частности и адаптивной физической культуры, для лиц с ограниченными возможностями здоровья, которая проявляется [86]:

- в повышении роли государства в развитии физической культуры и спорта и адаптивной физической культуры для лиц с ОВЗ;
- широком использовании физической культуры и адаптивной физической культуры в профилактике заболеваний и укреплении здоровья населения;
- продлении активного творческого долголетия людей;
- организации досуговой деятельности, профилактике асоциального поведения молодежи;
- вовлечении в занятия физической культурой и спортом трудоспособного населения и адаптивной физической культурой лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- использовании адаптивной физической культуры в социальной и физической адаптации лиц с ОВЗ;
- возрастающем объеме спортивного телерадиовещания и роли телевидения в развитии физической культуры и спорта и формировании здорового образа жизни в обществе и среди лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- развитию физкультурно-оздоровительной и спортивной инфраструктуры с учетом интересов и потребностей населения, с учетом потребностей контингента особых категорий;

- в многообразии форм, методов и средств, предлагаемых на рынке физкультурно-оздоровительных и спортивных услуг.

Эффективность социализации посредством спортивной деятельности зависит от того, насколько ценности спорта совпадают с ценностями общества и личности.

Особое внимание следует уделять социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Лица с разными возможностями, с нарушениями развития и без них, должны научиться жить и взаимодействовать в едином социуме. Это одинаково важно для всех людей, так как позволит каждому максимально раздвинуть границы мира, в котором они могут реализовать свой интеллектуальный и социальный потенциал.

Проблемы социализации лиц с ограниченными возможностями широко известны: значительные ограничения жизнедеятельности вследствие нарушения развития и роста, их способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, самоконтролю, обучению, общению, игровой деятельности в детстве, трудовой – во взрослой жизни. И поэтому решение проблем социализации лиц с ОВЗ и инвалидов должно быть направлено не только на предоставление им различных социальных льгот, как было до недавнего времени, но и на самоопределение человека с ограниченными возможностями и его стремление самому управлять своими жизненными ситуациями, т. е. на его социализацию.

Как уже говорилось, социализация – это двусторонний процесс: с одной стороны, индивид усваивает социальный опыт, а с другой – в процессе социализации он активно приобщается к культуре, воспроизводит систему ценностей и социальных связей, влияет на жизненные обстоятельства, окружающих людей [54]. Другими словами, индивид не только адаптируется, приспособливается к социальной среде, но и «завоевывает» определенное социальное пространство.

Социализирующая роль физической культуры, особенно адаптивной физической культуры, выражается в том, что этот вид социальной практики оказывает глубокое и всестороннее воздействие на сущностные качества человека, развивая его физически и духовно.

Адаптивная физическая культура как специфический вид человеческой деятельности может стать мощным фактором социализации лиц с ОВЗ. Особенно важно подчеркнуть, что в системе культурных общечеловеческих ценностей высокий уровень здоровья и физической подготовленности во многом определяет возможности освоения остальных ценностей и в этом смысле является основой, без которой процесс социализации малоэффективен. Поэтому необходим поиск наиболее верных и по возможности наиболее универсальных средств и методов адаптивной физической культуры, способствующих повышению эффективности процесса социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Адаптивная физическая культура обладает высокой социализирующей силой. Она оказывает широкое воздействие на основные сферы жизнедеятельности, влияет на межличностные отношения, этические ценности, образ жизни. Занятия физической культурой и спортом лицам с ограниченными возможностями здоровья помогают укрепить физические и личностные качества, воспитать веру в свои силы и возможности, стремление к достижению результата, успех которого зависит прежде всего от трудолюбия, силы воли, целеустремленности, благодаря чему выстраивается система ценностей и установок, определяющая индивида как личность.

Смысл в том, что занятия адаптивной физической культурой, если они носят систематический характер, выстраивают распорядок дня и систему приоритетов. В результате АФК становится составляющей частью образа жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Такого рода система личностной мотивации объединяет людей в группы единомышленников. В случае с адаптивной физической культурой уровень личностной мотивации очень важен. Фактически речь идет о том, что человек с ограниченными возможностями здоровья самостоятельно выбирает путь социальной адаптации и социализации в целом. Само по себе решение заниматься физической культурой и спортом для лица с ОВЗ означает, что человек не стремится исходить из инвалидности как из определяющего социального статуса. Благодаря чему появляется намерение к преодолению собственных недостатков, повышению уровня физической подготовки и здоровья, налаживанию коммуникативных взаимоотношений, основанных на общности интересов.

Очевидно, что выбор заниматься адаптивной физической культурой усиливает динамику социализации каждого человека с ограниченными возможностями здоровья, независимо от его физических возможностей.

Главный акцент в социализации лиц с ОВЗ должен делаться не столько на процесс усвоения, упорядочения и воспроизведения ими определенной системы ценностей, сколько на создание определенных условий для его социализации. Создание оптимальных условий для социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья является первоочередной задачей всего коррекционного процесса, позволяющего им включиться в социальную среду. Необходимо развивать у них жизненно необходимые навыки, чтобы они могли себя обслуживать и ориентироваться в окружающем пространстве и обществе.

Процесс социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья будет протекать успешно, если будут учтены современные условия их социализации:

- актуализация проблемы взаимодействия органов власти с различными типами учреждений, общественными организациями по вопросу социализации и интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в социум;
- развитие и воспитание лиц с ОВЗ средствами организаций дополнительного образования;
- научно-методическое сопровождение развития профессиональной компетентности специалистов, работающих с лицами с ограниченными возможностями здоровья;
- формы взаимодействия с родственниками лиц с ОВЗ;
- возможности комплексных центров социального обслуживания населения в оказании реабилитационных услуг лицам с ограниченными возможностями здоровья;
- особенности работы общественных организаций в поиске возможных социальных партнеров;
- интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья в среду лиц без особых потребностей.

Существующая практика работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья показывает, что адаптивная физическая культура среди данного контингента является результативным методом социализа-

ции. Физическая активность противодействует тому ненормальному психологическому и антисоциальному поведению, которое часто возникает на почве тяжелых физических ограничений. Под влиянием занятий адаптивной физической культурой развиваются такие качества, как самодисциплина, самоуважение, дух соревнования и дружбы, которые имеют существенное значение для интеграции и реинтеграции данных лиц в социум [55]. Следовательно, адаптивную физическую культуру можно рассматривать в полной мере как действенное средство социализации лиц с ограниченными возможностями в обществе. Она является мощным стимулом, помогающим восстановлению или вообще установлению контакта с окружающим миром.

Адаптивная физическая культура позитивно влияет на здоровье и общее психофизическое состояние людей с ограниченными возможностями здоровья и эффективно решает актуальную проблему их социализации. В результате приобщения к занятиям физической культурой лица с ОВЗ учатся принимать себя такими, какие они есть, и адекватно относиться к окружающим, что играет для них очень важную интегративную и социализирующую роль. При этом взаимодействие в рамках совместного занятия адаптивной физической культурой снимает коммуникативные барьеры, так как общий интерес является объединяющим поводом для общения.

Контрольные вопросы и задания

1. Опишите адаптивную физическую культуру как важнейший компонент комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Дайте характеристику основных аспектов реабилитации лиц с ОВЗ и инвалидов.
3. Охарактеризуйте процесс физической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.
4. Проанализируйте и опишите проблемы в системе комплексной реабилитации лиц с ОВЗ и сформулируйте рекомендации по их решению.
5. Подготовьтесь к дискуссии по проблеме особого места адаптивной физической культуры в комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

6. Дайте характеристику основным функциям адаптивной физической культуры с точки зрения их взаимосвязи со стратегией социальной интеграции лиц с ОВЗ.

7. Проанализируйте и охарактеризуйте социальную роль адаптивной физической культуры.

8. Опишите процесс успешной социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

9. Проанализируйте проблемы социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья и сформулируйте рекомендации по их решению.

10. Проанализируйте современные условия успешной социализации лиц с ОВЗ и сформулируйте рекомендации по их улучшению.

11. Подготовьтесь к дискуссии по проблеме роли адаптивной физической культуры в социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Глава 4. ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

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

Методика адаптивной физической культуры имеет существенные отличия, обусловленные аномальным развитием физической и психической сферы ребенка. Чтобы строить педагогический процесс, определять дидактические линии, ставить и решать задачи образовательной деятельности, необходимо знать состояние здоровья, физические, психические, личностные особенности детей с нарушениями в развитии, так как характеристика объекта педагогических воздействий является исходным условием любого процесса образования.

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

Для детей-инвалидов с детства характерны проявления дизонтогенеза и ретардации как в природном (биологическом), так и в психофизическом развитии [37, 45], что вызывает сдвиги сенситивных периодов возрастного развития [24], приводит к дефициту естественных потребностей ребенка в движении, игре, эмоциях, общении, затрудняет процесс обучения. Основной дефект, как правило, сопровождается сопутствующими заболеваниями и вторичными отклонениями.

По данным многочисленных исследований [27, 61], аномальное развитие ребенка влечет за собой нарушение моторных функций, отставание и дефицит двигательной сферы. От своих здоровых сверстников по уровню физического развития и физической подготовленности они отстают на 1–3 года и больше.

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

Особенности формирования двигательной сферы детей с ОВЗ обусловлены следующими факторами:

- *Тяжесть и структура основного дефекта и его влияние на уровень построения движений.* Н. А. Бернштейном установлено, что каждый уровень построения движения характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений, основной и фоновой ролью в двигательных актах вышележащих уровней, патологическими синдромами и дисфункцией. Это означает, что нарушения двигательной функции у детей с сенсорными поражениями, умственной отсталостью и церебральными параличами имеют разные причины, а следовательно, и разные способы коррекции [11].

У детей с умственной отсталостью – это локализация органических поражений в центральной нервной системе (ЦНС), которая приводит к недоразвитию моторики. Чем выше уровень поражения, тем сложнее двигательные расстройства. Нижележащие уровни более сохранены, но они регулируют лишь элементарные двигательные акты. Поэтому в наибольшей степени оказываются нарушенными сложнокоординационные двигательные действия, требующие осмысления, словесного опосредования и регуляции со стороны коркового уровня [14].

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

У детей с церебральными параличами двигательные нарушения обусловлены полиморфными органическими поражениями головного и спинного мозга и проводящих путей. Характерны расстройства схем произвольных движений: неуверенная неустойчивая ходьба, патологические позы тела и конечностей, нарушение мышечного тонуса, манипулятивных действий, равновесия и координации [46].

- *Раннее начало двигательной активности.* Научные исследования, отечественный и зарубежный опыт показывают, что чем раньше начата медико-психолого-педагогическая реабилитация, тем она более эффективна. Развивающийся, формирующийся организм более пластичен и чувствителен к воздействию физических упражнений, коррекции и компенсации двигательных и психических нарушений [85]. Реабилитационный потенциал

выше, если с ребенком-инвалидом начинать систематические занятия с первых месяцев жизни сначала в семье, затем в дошкольных и школьных (коррекционных) организациях. Раннее начало занятий физическими упражнениями позволяет укрепить сохраненные двигательные функции, предупредить появление вторичных нарушений, приобрести двигательный опыт для самостоятельных тренировок.

Ограничение или отсутствие двигательной активности приводит к гиподинамии со всеми ее отрицательными последствиями для организма ребенка: снижению естественной потребности в движении, низкому уровню затрат на мышечную деятельность, функциональному расстройству всех систем организма, атрофическим изменениям опорно-двигательного аппарата, деформации позвоночника и стопы, снижению жизненно важных физических качеств.

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

Независимо от специфики первичного дефекта, по мнению Е. М. Мاستюковой, для всех детей характерны закономерности нарушенного нервно-психического развития: низкая умственная работоспособность, недостаточность концентрации внимания, памяти, незрелость эмоционально-волевой сферы, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, знаний и представлений об окружающем, отсутствие коммуникативного поведения, недостаточная выраженность познавательных интересов, что негативно сказывается на формировании произвольных движений и физическом развитии [50].

Краткий анализ состояния здоровья, специфических нарушений физического и психического развития, факторов, влияющих на двигательную сферу детей аномального развития позволил выделить типичные двигательные расстройства, характерные в разной степени для всех нозологических групп этих детей:

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

– нарушение физического развития, диспропорции телосложения, деформации стоп и позвоночника, ослабленный мышечный «корсет», снижение вегетативных функций, обеспечивающих движение;

– нарушение координационных способностей (быстроты реакции, точности, темпа, ритма движений, согласованности микро- и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве, расслабления);

– сниженный уровень всех жизненно важных физических способностей (силы, скорости, выносливости, гибкости и др.);

– нарушение локомоторной деятельности – ходьбы, бега (особенно при нарушении опороспособности), а также лазания, ползания, прыжков, метания, упражнений с предметами, т. е. движений, составляющих основу жизнедеятельности ребенка.

4.2. Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий как основа частных методик адаптивной физической культуры

Выдвинутый Л. С. Выготским в 30-е гг. XX в. принцип коррекционно-развивающей направленности педагогических воздействий и сегодня является ведущим в отечественной дефектологии [22, 44, 50, 53].

Как уже отмечалось ранее, педагогические воздействия должны быть направлены не только на преодоление, сглаживание, выравнивание, ослабление физических и психических недостатков детей аномального развития, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств. Коррекционно-развивающая направленность характерна для всей учебно-воспитательной работы и охватывает все категории детей с нарушениями в развитии [69].

Коррекционно-развивающие задачи направлены на обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности, восстановление и совершенствование психофизических способностей, профилактику и предупреждение вторичных отклонений [50]. Устойчивость вертикальной позы, сохранение равновесия и уверенной походки, способность соизмерять и регулировать свои действия в пространстве, выполняя их точно, свободно, без напряжения и скованности, – это те свойства, которые необходимы ребенку для нормальной жизнедеятельности.

Коррекционно-развивающая направленность педагогической деятельности неразрывно связана с процессом обучения двигательным действиям и развитием физических качеств. Образовательные и коррекционно-развивающие задачи решаются на одном и том же учебном материале, но имеют отличия. Для образовательных задач характерна высокая степень динамичности, так как они должны соответствовать программному содержанию обучения. Коррекционно-развивающим задачам свойственно относительное постоянство, так как они решаются на каждом занятии. В процессе обучения при переходе к новому учебному материалу происходит не полная смена коррекционных задач, а смена доминирования каких-либо из них. Постоянно действующими задачами на каждом занятии являются коррекция осанки, телосложения, основных локомоций (ходьбы, бега и других естественных движений), укрепление «мышечного корсета», коррекция и профилактика плоскостопия, активизация вегетативных функций.

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

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

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

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

4.3. Методика адаптивной физической культуры для детей с нарушением зрения

Уроки адаптивной физической культуры в школах для детей с нарушением зрения варьируются в зависимости от состояния зрения, уровня физической подготовленности и возраста занимающихся. В работе с данными категориями детей используются все методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия ими учебного материала, есть некоторые различия в приемах. Они изменяются в зависимости от физических возможностей ребенка, запаса знаний и умений, наличия предыдущего зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки, умения пользоваться остаточным зрением.

При обучении детей с нарушением зрения крайне редко применяется какой-либо один метод, обычно в соответствии с задачами урока используется сочетание нескольких взаимодополняющих методов. Приоритетное положение отводится тому, который наилучшим образом обеспечивает развитие двигательной деятельности детей.

Необходимо учить детей соединять мышечные ощущения со звуковым фоном. Источник звука, например метроном, устанавливается на уровне лица занимающегося, так как на такой высоте звук улавливается легче. Систематический звуковой контроль помогает компенсаторному развитию слухового анализатора: слуховому восприятию, дифференцированию различных звуковых сигналов, локализации звуков в пространстве и при перемещении звукового сигнала.

Особенности регулирования психофизической нагрузки у детей с нарушением зрения

При регулировании физической нагрузки целесообразно придерживаться следующих рекомендаций:

- использовать как стандартные (одинаковые по скорости, темпу и весу), так и переменные (изменяющиеся в ходе урока) виды нагрузки;
- изменять формы и условия выполнения двигательных действий;
- варьировать объем нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся, уровня их физической подготовленности;
- чередовать физическую нагрузку с паузами для отдыха, заполняемыми упражнениями, ориентированными на релаксацию, на регуляцию дыхания, использовать зрительные тренировки, пальчиковую гимнастику и пр.;

- воздерживаться от длительной статической нагрузки с поднятием тяжестей, упражнений высокой интенсивности, которые могут вызвать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию, особенно у детей с глаукомой, высокой миопией и другими заболеваниями;

- учитывать сенситивные периоды развития физических качеств;
- для улучшения психосоматического состояния использовать психогимнастику;

- наблюдать за самочувствием занимающихся – умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление;

- при наличии эпилепсии исключить упражнения, направленные на стимулирование дыхательной системы, двигательные действия, выполняемые на повышенной опоре, игры высокой интенсивности, все то, что может спровоцировать приступ;

- учитывать, что нарушения эмоционально-волевой сферы, гиперактивность соразмеряются упражнениями, ориентированными на релаксацию, на регуляцию дыхания, на снятие зрительного и эмоционального утомления, упражнением для глаз – «пальмингом».

Подвижные и спортивные игры также являются хорошим средством регулирования физической нагрузки.

Несмотря на некоторые ограничения, следует отметить, что опасен для здоровья не вид движений, а методика их проведения. Дети с депривацией зрения могут заниматься следующими видами спорта: плавание, лыжные гонки, легкая атлетика, гимнастика, отдельные виды борьбы, шашки, шахматы, армрестлинг; спортивные игры для незрячих детей старшего школьного возраста (13–18 лет) – голбол, роллингбол, торбол и теннебиль [48]. Участие в соревнованиях детей школьного возраста предусматривает обязательный допуск и контроль офтальмолога и педиатра.

Методика и организация подвижных игр с детьми с нарушением зрения

Общие требования к игре. Игра должна соответствовать возрасту детей, их физическому развитию и тем навыкам, которыми они владеют. Руководитель должен стремиться к тому, чтобы инвентарь для детей с ослабленным зрением был ярким и красочным. Также необходимо учитывать контрастность предметов, использовать цвета (зеленый, красный, оранжевый, желтый), наиболее благоприятно действующие на зрительное восприятие.

При использовании мяча можно руководствоваться следующими рекомендациями:

1. Мяч для игры должен быть очень круглым, обеспечивать угол падения, равный углу отражения, чтобы он отскакивал прямо в руки играющему.

2. Мяч должен быть несколько тяжелее волейбольного. Тяжелый мяч лучше ощущается незрячими, и они скорее осваивают игру с ним, чем с легким.

3. Выбор цвета мяча зависит от освещения. При недостаточной освещенности необходимо пользоваться мячом светлого цвета, при ярком освещении – темного. Желательно использовать озвученный мяч, дающий возможность ребенку с ограничением зрения не только свободно играть с ним, точно бросать, легко ловить, но и самостоятельно находить его.

4. Используемый инвентарь должен быть надежен. Необходимо предусмотреть безопасность игровой площадки, определить ее размеры, соорудить ограничительные ориентиры: канавки, засыпанные песком чуть выше уровня всей площадки; линию из гравия, травяного покрова; асфальтированную дорожку, резиновые коврики и другие рельефные (осязательные) обозначения; шнур, натянутый по периметру территории. На площадке не должно быть пней, ям, кустарника, препятствий – ее поверхность должна быть однородной. Ориентировочные линии можно обозначить цветными мелками или полоской цветной ткани. Играющих необходимо предварительно ознакомить с размерами игровой площадки и со всеми возможными ориентирами (зрительными, слуховыми, обонятельными и др.), дать им самостоятельно походить, побегать, посмотреть все предметы и инвентарь, которые будут использованы в игре.

Руководитель с помощью сигнала ориентирует играющих, дает правильное направление и предупреждает об опасности. Ребенок с нарушением зрения ощущает всю игру преимущественно посредством слухового анализатора, у него может возникнуть перенапряжение органов слуха, нервной системы, переутомление, поэтому следует регулировать физическую нагрузку при играх.

Методика обучения плаванию младших школьников с нарушением зрения

Плавание – одно из наиболее эффективных коррекционно-оздоровительных средств в работе с детьми с нарушениями зрения. Однако при некоторых глазных заболеваниях (миопия высокой степени (выше 6D), отслойка сетчатки, опухоли мозга и глаза, глаукома, первые полгода после-

операционного периода после замены хрусталика) предусмотрены ограничения в прыжках в воду с вышки, трамплина, тумбочки.

Особенности обучения незрячих детей плаванию: затруднение восприятия (осязательно-слухового) учебного материала, отсутствие возможности зрительного подражания, страх неизведанного пространства, отсутствие навыка пространственной ориентировки в водной среде, относительно низкая температура воды, необычное положение тела, боязнь столкновений и др.

Обучение плаванию начинается с формирования навыка пространственной ориентировки в воде: с ориентировки детей относительно места проведения занятий, определения входа и выхода из воды, глубины в различных местах бассейна. Традиционные методические приемы показа, используемые в обучении нормально видящих детей, незрячему ребенку недоступны. Поэтому применение дополнительных звуковых, осязательных и обонятельных ориентиров поможет адаптации к непривычной водной среде. В качестве ориентиров в условиях водной среды особое значение приобретает звуковая сигнализация. Дети должны знать и неукоснительно выполнять упражнения на условные звуковые сигналы. Занимающихся предварительно знакомят с командами и терминологией, которыми они будут пользоваться во время занятий.

Следующий этап обучения технике плавания начинается с разучивания на суше плавательных упражнений имитационного характера, дающих представление о движениях в воде, с последующим переносом разученного умения в водную среду. К таким упражнениям можно отнести следующие задания: «подуй на воду как на горячий чай»; «подбрасывай воду носками ног так, чтобы над носками образовался фонтан»; имитация работы ног способом кроль; «мельница» руками вперед, назад; имитация гребковых движений способом кроль, лежа на скамейке, с резиновыми амортизаторами и др. Резиновые амортизаторы применяются с целью получения информации о сопротивлении воды во время гребка.

В комплекс упражнений на суше включаются упражнения на задержку дыхания. Например, на счет 1–2 вдох, а на счет 1–8 продолжительный полный выдох. Упражнение выполняют как на месте, так и в движении.

На суше необходимо добиваться правильного выполнения имитации плавательных движений. Целесообразно использовать специальные средства наглядности, при демонстрации которых педагог должен в словесной форме

описать изучаемое движение. Помимо наглядных пособий используется наглядно-практический метод обучения, когда ученик осязательно опознает и идентифицирует изучаемые объекты: имитацию движений рук, ног, головы, а также движения губ во время вдоха и выдоха, закругленный и прямой конец плавательной доски, надувные игрушки, озвученные предметы, свисток, секундомер и прочие средства, используемые в процессе обучения.

Очередной этап обучения плавательным движениям детей с депривацией зрения – формирование базовых навыков, таких как освоение водной среды, погружение в воду, лежание на воде (на всплывание в группировке – «поплавок», согнувшись – «медуза», вытянувшись – «звездочка»), скольжение в положение «торпеда» на груди и спине. Для формирования топографических представлений и навыков пространственной ориентировки в водной среде следует давать задания (сюжетно-ролевые игры, игровые ситуации) на прохождение различных дистанций вначале с партнером, а затем самостоятельно.

Обучение любому плавательному движению осуществляется в следующей последовательности: на суше, на мелкой части бассейна, у неподвижной опоры (бортик бассейна, поручень, дорожка), с применением подвижной опоры (плавательная доска, поддерживающие средства, помощь педагога или партнера), разучивание техники дыхания, разучивание скольжения, изучение движений ногами, руками при плавании способом кроль на груди, на спине.

Следующей фазой обучения является разучивание согласования движений руками и ногами (на каждые два гребка руками выполняется шесть движений ногами), согласования движений руками с дыханием (с плавательной доской, без доски), согласования движений руками и ногами с дыханием. Завершающая фаза обучения – проплыть 25–50 м в полной координации.

Закрепление навыка выполнения того или иного движения у незрячих происходит значительно медленнее, чем у нормально видящих. В связи с этим следует на одном занятии выполнять не более трех новых упражнений. Каждое последующее упражнение следует начинать только после усвоения предыдущего. Не следует забывать об упражнениях на расслабление («медуза»), а также упражнениях на снятие зрительного утомления (быстрое моргание глазами, «звездочка» на спине с закрытыми глазами и др.). В работе с незрячими детьми младшего школьного возраста целесообразно использовать игровой и соревновательный методы обучения, способствующие формированию положительных эмоций, ощущению радости, желанию заниматься плаванием. Включение сюжетно-ролевых игр, соответствующих тематике

конкретного занятия, свободного плавания в заключительной части урока на протяжении 3–5 мин увеличивают двигательную плотность урока, число повторений и способствуют закреплению формируемых навыков.

Коррекция и профилактика нарушений зрения

Тренировка глаз всегда была и остается актуальной. Своевременная профилактика снижает потерю зрения. Учителя, родители и сами учащиеся могут воспользоваться следующими рекомендациями при проведении упражнений для глаз:

- все упражнения выполнять без очков;
- научиться расслабляться (полное физическое и психическое расслабление);
- упражнения выполнять спокойно, без какого-либо напряжения;
- начинать тренировку лучше всего с простых упражнений, постепенно переходя к более сложным;
- между упражнениями часто моргать глазами;
- продолжительность занятий в первые дни начала тренировок – 1–2 мин, с постепенным увеличением до 10 мин;
- упражнения выполнять два раза в день.

Г. Г. Демирчоглян для сохранения и улучшения зрения рекомендует выработать у ребенка следующие навыки [26]:

- моргать непрерывно, доведя это движение до автоматизма;
- дышать легко и непрерывно;
- смотреть на ближние и удаленные объекты, скоординировав деятельность психики и глаза;
- возбуждать в себе интерес – во время рассматривания объекта путешествовать по нему;
- воспринимать увиденное без усилия;
- часто закрывать глаза, чтобы давать им отдых.

4.4. Методика адаптивной физической культуры для детей с нарушением слуха

В процессе физкультурно-оздоровительной работы с детьми, имеющими нарушения слуха и речи, основное внимание должно быть сосредоточено на раскрытии своеобразия ребенка, на создании для него индивидуальной коррекционно-развивающей программы, основанной на всестороннем комплексном изучении особенностей его развития.

Основная патология может вызвать цепочку следствий, которые, возникнув, становятся причинами новых, сопутствующих нарушений. Выявлено, что потеря слуха у детей сопровождается дисгармоничным физическим развитием в 62 % случаев, в 43,6 % – дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие и др.), в 80 % случаев – задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70 % глухих детей.

Нарушения двигательной сферы у неслышащих детей проявляются:

- в снижении уровня развития основных физических качеств (отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и рук, скоростно-силовых качествах, скоростных качеств от 12 до 30 %);
- трудности сохранения статического и динамического равновесия (отставание от нормы в статическом равновесии до 30 %, динамическом – до 21 %);
- недостаточно точной координации и неуверенности движений, что особенно заметно при овладении навыком ходьбы;
- относительно низком уровне ориентировки в пространстве;
- в замедленной скорости выполнения отдельных движений, темпа двигательной деятельности в целом по сравнению со слышащими детьми.

Методика занятий физическими упражнениями с детьми, имеющими нарушение слуха

Упражнения скоростно-силового характера (бег, прыжки, метания) в «Программе воспитания и обучения глухих детей дошкольного возраста» занимают большую часть как основные виды движений, относящиеся к разряду жизненно важных двигательных умений и навыков. Необходимо научить неслышащих детей правильно и уверенно выполнять эти движения в изменяющихся условиях повседневной жизни [83].

Методика скоростно-силовой направленности учебного процесса опирается на принцип сопряженного развития координационных и кондиционных физических способностей. Средствами развития скоростно-силовых качеств в коррекционном процессе на физкультурном занятии являются различные виды бега, прыжки, метания, упражнения с мячами (набивными, волейбольными, теннисными). Основные методы – игровой и соревновательный – включают эстафеты, подвижные игры, повторные задания, сюжетно-игровые композиции, круговую форму организации занятий. Каждое занятие обязательно содержит элементы обучения программным видам физических упражнений.

В табл. 1 представлены особенности коррекции и развития координационных способностей у слабослышащих школьников с помощью скоростно-силовых упражнений.

Таблица 1

Коррекция и развитие координационных способностей
у слабослышащих школьников
с помощью скоростно-силовых упражнений

Упражнения	Коррекционная направленность
1	2
<i>Прыжки</i>	
Прыжки через предметы, расположенные на одинаковом и разном расстоянии	Дифференциация расстояния и усилий, глазомер, чувство ритма
Многоскоки (различные)	Согласованность движений рук и ног, чувство ритма, координация движений
Прыжки на одной ноге (левой, правой)	Динамическое равновесие, согласованность движений рук и ног
Прыжки на автомобильной крышке	Преодоление чувства страха, дифференциация динамических и пространственных параметров, чувство ритма
Прыжок в длину с места на максимальный результат и на заданное расстояние	Координация движений, дифференциация динамических пространственных усилий
То же с подкидного моста (батута)	Преодоление чувства страха, дифференциация пространственных и временных параметров
Прыжок в длину с разбега на максимальный результат и на заданное расстояние	Координация движений, согласованность движений рук и ног, усвоение темпа и ритма
Прыжок вверх с места с доставанием подвешенного предмета	Дифференциация мышечных усилий, пространства, глазомер
То же с подкидного моста (батута)	Преодоление чувства страха, дифференциация пространства и усилий
Прыжок в высоту с разбега	Согласованность движений рук и ног, дифференциация мышечных усилий, координация движений
То же с подкидного моста (батута)	Преодоление чувства страха, пространственная ориентация, координация движений

1	2
Спрыгивание со скамейки, куба (10–30 см) с приземлением в указанное место (при соблюдении техники безопасности)	Дифференциация мышечных усилий, пространственных параметров движения
Впрыгивание на гимнастические маты (высота 15–45 см)	Согласованность движений рук и ног, дифференциация мышечных усилий и пространственных параметров
Прыжки с короткой и длинной скалкой (различные)	Динамическое равновесие, согласованность движений рук и ног, чувство ритма
<i>Бег</i>	
Бег по разметке (10 м)	Усвоение темпа и ритма, динамическое равновесие, дифференциация пространственных и динамических параметров
Бег через кирпичики (высота 5–15 см)	Преодоление чувства страха, дифференциация расстояния, чувство ритма
Бег с изменением направления по сигналу	Концентрация внимания, развитие слухового восприятия, дифференциация пространственных параметров
Бег по кругу (вправо-влево) с изменением диаметра круга	Дифференциация мышечных усилий, динамическое равновесие, согласованность движений рук и ног
Бег из различных исходных положений (и. п.): присед, сед, сед спиной к направлению движения, лежа	Координация движений, концентрация внимания, развитие слухового восприятия
Бег по сигналу, догоняя партнера	Концентрация внимания, развитие слуха, пространственная дифференциация
«Челночный» бег 3 × 5 м	Ориентировка в пространстве, концентрация внимания
<i>Метание</i>	
Метание мешочка (200 г) на дальность правой и левой рукой	Дифференциация пространственных и мышечных усилий, координация движений
Метание мешочка в горизонтальную и вертикальную цель сверху, снизу, сбоку	Дифференциация динамических и пространственных параметров, мышечных усилий, координация движений
Метание различных по весу и диаметру снарядов на дальность и в цель	Дифференциация динамических усилий, координация движений

1	2
<i>Упражнения с набивным мячом</i>	
Толкание от груди	Дифференциация мышечных усилий, координация движений, согласованность движений рук и ног
Бросок мяча из-за головы	
Бросок мяча снизу	
Бросок мяча из-за головы в и. п. сидя, ноги врозь	
Бросок мяча от груди в и. п. сидя, ноги врозь	
Бросок мяча ногами вперед	
То же в и. п. сидя, упор руками сзади	
Бросок мяча из-за головы в и. п. лежа на груди, локти на весу	
Толкание мяча правой (левой) рукой	

Средства коррекции функции равновесия:

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

1) ходьба по дорожке (с различными предметами, переступая предметы);

2) ходьба по кругу (в обоих направлениях);

3) ходьба с перешагиванием реек гимнастической лестницы;

4) стоя на одной ноге, другая – прямая вперед (в сторону, назад, в согнутом положении);

5) ходьба по дощечкам («кочкам»);

6) ходьба на лыжах по ковру;

7) ходьба на коньках по ковру;

8) езда на велосипеде (самокате).

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

1) ходьба по узкой опоре с разнообразными заданиями;

2) ходьба, бег, прыжки, ползание по наклонной опоре;

3) балансировка на набивном мяче.

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

1) «Школа мяча»;

2) элементы игры в баскетбол, футбол, бадминтон, настольный теннис.

Средства коррекции вестибулярной функции:

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

- 1) движения глаз;
- 2) наклоны и повороты головы в разных плоскостях;
- 3) повороты головы при наклоненном туловище;
- 4) повороты на 90°, 180°, 360°;
- 5) то же с прыжком;
- 6) кувырки вперед, назад;
- 7) вращение вокруг шеста, держась за него руками;
- 8) кружение в парах с резкой остановкой (в обе стороны);
- 9) подскоки на батуте.

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

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

• *Упражнения, выполняемые с закрытыми глазами:*

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

Примечание: дозировка упражнений регламентируется методическими рекомендациями для глухих детей дошкольного возраста.

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

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

обходимое расстояние. Прыжковые упражнения выполняются в основной части занятия, после каждого из них должен быть предусмотрен отдых продолжительностью 20–30 с.

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

Таблица 2

Комплекс прыжковых упражнений
для развития скоростно-силовых качеств у глухих детей 4–7 лет

Упражнения	Количество подходов	Количество повторений в одном подходе		
		4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет
Прыжки на двух ногах через поролоновые кубики	2–3	4–6	6–8	8–10
Прыжки боком (правым, левым) на двух ногах через поролоновые кирпичики	1–2	–	6–8	8–10
Прыжки на правой, левой ноге	1–2	–	4–6	6–8
Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по два	2–3	2–3	3–4	4–5
Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по три	2–3	–	3–4	4–5

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

На начальном этапе для развития силы рук необходимо создать облегченные условия – использовать поролоновые кубики. Упражнения с ними разнообразны и с удовольствием воспринимаются детьми: сжимание кубика руками, ногами, прижимание его к полу руками и ногами, поднятие кубика ногами вверх сидя и лежа, броски кубика из исходного положения стоя (лицом, спиной), сидя (лицом, спиной), лежа (на груди и спине), быстрый бег за кубиком из различных и. п. после броска и другие упражнения, требующие ориентировки в пространстве, точности и координации движений.

Для повышения эмоциональности и поддержания интереса к урокам одно из них проводится с использованием круговой формы организации, которая воспринимается детьми как игра. Выделенные группы учащихся распределяются по местам занятий («станциям»). Выполнение упражнений начинается одновременно на всех «станциях» и по команде учителя. Справившись с заранее обусловленным заданием, группы переходят на очередное место занятий, отдыхают, выполняют новое задание, и так до тех пор, пока не пройдут все «станции». Количество упражнений, интенсивность и интервалы отдыха регулируются соответственно возможностям ребенка (табл. 3). Время прохождения всех «станций» 4–5 мин, отдых между кругами 1–1,5 мин, количество кругов 1–3.

Таблица 3

Комплекс упражнений для развития скоростно-силовых качеств круговым методом для слабослышащих детей 6–7 лет

Упражнение	Количество повторений	Время отдыха между станциями, с
Станция 1. Бег на прямых ногах 10 м	1	15–20
Станция 2. Поднимание прямых ног вверх, лежа на спине, руками держаться за нижнюю перекладину гимнастической лестницы	8–10	25–30
Станция 3. Лазание по гимнастической лестнице вверх-вниз разноименным способом, руки согнуты	1	20–25
Станция 4. Махи правой (левой) ногой вперед до уровня пояса, стоя боком к месту опоры	8–10	15–20

Освоенные и безопасные упражнения (ходьба, стойки) сначала выполняются с открытыми глазами, затем с закрытыми (от 2 до 8–10 шагов). Для всех упражнений, связанных с коррекцией и развитием равновесия, должна быть предусмотрена страховка.

Упражнения на коррекцию вестибулярных нарушений и устойчивость к вестибулярным раздражителям требуют предварительного разучивания техники. Например, обучать кувырмам нужно на каждом занятии в первом полугодии и только во втором включать в комплекс.

В табл. 4 представлен комплекс упражнений для коррекции вестибулярной функции у слабослышащих детей, который следует использовать в начале

основной части занятия. Упражнения выполняются во всех плоскостях, преимущественно в движении. На отолитовый аппарат воздействие оказывают начало и конец прямолинейного движения, ускорение и замедление движений, вестибулярный анализатор остро реагирует на комбинированные движения в разных направлениях. Для усиления воздействия на вестибулярную систему на занятиях выполняются разученные упражнения с закрытыми глазами, что представляет для неслышащих детей большую сложность.

Таблица 4

Комплекс упражнений для коррекции вестибулярной функции
у детей с нарушением слуха 4–7 лет

Упражнения	Количество подходов	Время выполнения, мин	
		4–5 лет	6–7 лет
Ходьба и бег с остановками по сигналу	–	1,5–2	2
«Челночный» бег	3–5	8	10
Подскоки с остановкой по сигналу	–	1,5–2	2
Кувырки вперед с открытыми глазами	3	4	5
Кувырки вперед с закрытыми глазами	3	4	5
Кувырки с последующей ходьбой по линии	3	4	5
Кувырки с последующей ходьбой боком, спиной вперед по гимнастическому бревну, линии	2	4	5
Перекат со спины на живот («бревнышко»), глаза открыты	2	4–5	5–6
То же, глаза закрыты	2	4–5	5–6
«Бревнышко» с последующей ходьбой по линии (бревну, гимнастической скамейке)	2	4–5	5–6
Прыжки со скакалкой с изменением темпа	3	0,16–0,25	0,25–0,5

При проведении физкультурно-оздоровительных занятий у детей с нарушением слуха необходимо соблюдать ряд методических требований:

- подбирать упражнения, адекватные состоянию психофизических и двигательных способностей ребенка;
- специальные коррекционные упражнения чередовать с общеразвивающими и профилактическими;

- упражнения с изменением положения головы в пространстве выполнять с постепенно возрастающей амплитудой;
- упражнения на статическое и динамическое равновесие усложнять, учитывая индивидуальные особенности статокINETической устойчивости детей (с обеспечением страховки);
- упражнения с закрытыми глазами выполнять только после их освоения с открытыми глазами;
- в процессе занятия активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи.

Методика обучения плаванию слабослышащих детей младшего школьного возраста

Плавание – это один из наиболее действенных методов коррекции физического развития слабослышащих детей.

Экспериментальная программа обучения навыкам плавания детей с нарушениями слуха включает два этапа: *предварительный* и *основной*. Предварительный этап продолжается два первых года обучения (1–2 класс), включает в себя подготовку опорно-двигательного аппарата, кардиореспираторной системы, создание мотивационных установок на занятия плаванием, формирование навыков работы в группе, что требует повышенного внимания и дисциплинированности.

На втором, основном этапе (3 класс) слабослышащих детей обучают пространственной ориентировке в водной среде и плаванию на груди и на спине, применяя практические, наглядные и словесные методы и методические приемы.

Обучение плаванию детей с нарушением слуха имеет ряд следующих особенностей:

1. На подготовительном этапе обучения не следует применять имитационные упражнения, а игровой метод использовать только в виде сюжетных заданий, эстафет, образных сравнений, необычного использования стандартного инвентаря и т. д., а также в виде упражнений на концентрацию и переключение внимания.

2. Скольжению на груди слабослышащих детей обучают со 2-го занятия, при этом опираются на проприоцептивную чувствительность.

3. Большая часть детей с нарушением слуха успешнее осваивает плавание на груди, так как в таком положении они легче ориентируются в пространстве.

4. На начальном этапе способу плавания «кроль на груди» обучают без акцента внимания на согласование выдоха в воду и движений рук.

5. Для увеличения плотности урока после 5-го занятия класс делится на две подгруппы. Критерием служат результаты проплыва отрезка 5 м. Проведение урока в подгруппах обеспечивается двумя преподавателями.

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

7. Для развития дыхательных мышц на первых 10 занятиях особое внимание уделяют обучению выдоха в воду.

8. Упражнения на дыхание и согласование дыхания с движением рук выполняют, стоя в воде у неподвижной опоры.

9. На первых 5 занятиях, до освоения техники скольжения, не используются упражнения на погружение («поплавок» и др.), поскольку они создают дискомфорт, дезориентируют и вызывают у слабослышащего ребенка чувство страха.

10. Для освоения контакта с водой применяют игры и эстафеты, прыжки в воду в вариативных условиях, скатывание с горок разной высоты.

11. Для регулирования психического состояния и поведения слабослышащих детей применяются упражнения игровой направленности.

12. Для полного осмысления заданий в занятии необходимо чередовать физическую деятельность с интеллектуальной.

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

14. Для психологической поддержки при обучении движению в воде используется индивидуальный подход.

15. Задания с оценкой действий партнером являются дополнительным психологическим стимулом в освоении двигательных действий в воде.

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

17. К особенностям наглядного обучения можно отнести и показ упражнения, который осуществляется перед их выполнением. Это является дополнительным способом организации группы.

Эффективность разработанной программы выражается в следующих результатах: на 5-м занятии 53 % детей смогли проплыть самостоятельно 5 м,

27 % – 12,5 м с плавательной доской, 20 % не смогли поплыть (по причине водобоязни). На 10-м занятии 80 % детей смогли самостоятельно проплыть 12,5 м, 20 % проплыли 25 м с доской. На 15-м занятии все занимающиеся опытной группы проплыли 25 м самостоятельно.

Таким образом, специалисты, работающие со слабослышащими детьми, могут воспользоваться предложенными методическими рекомендациями рассмотренной экспериментальной программы [83].

Для повышения эмоциональности занятий, создания заинтересованности и положительной мотивации используются подвижные игры в воде, в которых решаются также и коррекционные задачи. На первых занятиях игры способствуют преодолению чувства неуверенности и страха, более быстрой адаптации к воде и овладению всеми подготовительными к плаванию действиями. Игры подбираются в соответствии с поставленной воспитательно-образовательной задачей и условиями проведения занятий (глубина, температура воды, оборудование места). Важно, чтобы в игре участвовали все дети, находящиеся в воде (табл. 5).

Таблица 5

Подвижные игры на воде для детей с нарушением слуха

Подвижная игра	Коррекционно-развивающая направленность
1	2
<p>«Нырки» <i>Цель:</i> ознакомление детей с водой <i>Количество игроков:</i> 6–15 <i>Инвентарь:</i> легкий яркий мяч <i>Инструкция.</i> В мелкой части бассейна поплавателем отмечается круг диаметром 5–6 м. В кругу размещаются дети, играющие роль нырков. За кругом – столько же охотников. Охотники перебрасывают друг другу мяч и неожиданно для нырков бросают мяч в круг, стараясь попасть в кого-нибудь из них. Единственное спасение для нырков – проворно погрузиться с головой под воду. Каждое попадание мяча выводит нырка из круга. Игра проводится на время, через 5 мин нырки и охотники меняются местами</p>	<p>Ориентация в пространстве, преодоление чувства страха перед водной средой, быстрота реакции, точность движений при бросках и ловле мяча, дифференциация усилий</p>

1	2
<p>«Резиновый мячик» <i>Цель:</i> обучение детей вдоху и выдоху <i>Количество игроков:</i> 4–10 <i>Инвентарь:</i> резиновые мячи (или другие нетонущие предметы) <i>Инструкция.</i> Игра проводится на мелкой части бассейна (водоема). Каждому участнику раздается по мячу (или другому нетонущему предмету). По команде дети кладут мячи на воду и дуют на них, пытаясь отогнать как можно дальше за один выдох. Выигрывает тот, чей мяч отплыл дальше всех. То же задание выполняется подряд 3–5 раз. Во время игры необходимо обеспечить безопасность детей</p>	<p>Активизация функции дыхания, согласованность движений и дыхания</p>
<p>«Слалом» <i>Цель:</i> обучение детей свободному передвижению в воде <i>Количество игроков:</i> играют две команды по 4–8 человек с равным количеством мальчиков и девочек <i>Инвентарь:</i> 6 буйков <i>Инструкция.</i> Команды строятся в колонну по одному. Перед командами через каждые 3 м устанавливается по три буйка на якорю. По сигналу первые номера плывут вперед, зигзагообразно обходя препятствия на своем пути, и по прямой возвращаются назад. Коснувшись рукой вторых номеров, они посылают их в путь. Побеждает команда, закончившая эстафету первой. Команды должны быть примерно равны по силам</p>	<p>Быстрота реакции, внимание, ориентация в пространстве, управление направлением и скоростью передвижения, согласованность движений рук, ног и дыхания, развитие дыхательной мускулатуры</p>
<p>«Делай как я» <i>Цель:</i> знакомство с водой, освоение способов передвижения в воде, преодоление чувства страха перед водой <i>Количество игроков:</i> в игре могут участвовать от 4 до 15 детей одновременно (в зависимости от их умения плавать) <i>Инструкция.</i> Играющие располагаются в одну шеренгу в воде вдоль торцевого бортика бассейна спиной к нему, педагог – на противоположной стороне. По команде шеренга детей начинает передвигаться в сторону ведущего, проныривая под</p>	<p>Концентрация внимания, быстрота простой двигательной реакции, следящие движения и подражание показу, быстрота переключений с одного движения на другое</p>

1	2
<p>разделителями дорожек и повторяя те движения, которые демонстрирует педагог (ходьба, бег, ходьба с наклоном вперед и попеременными гребками, прыжки и др.). Побеждает участник, допустивший наименьшее количество ошибок. Подбор «команд» осуществляется дифференцированно, в зависимости от особенностей заболевания детей</p>	
<p>«Водолазы» <i>Цель:</i> обучение детей погружению в воду и ориентированию под водой <i>Количество игроков:</i> 6–8 <i>Инвентарь:</i> 10–15 цветных тарелочек или других тонущих предметов <i>Инструкция.</i> На дно неглубокого бассейна бросают яркие тарелочки, которые хорошо видны в воде. По сигналу дети ныряют и стараются набрать за определенное время (30 с) как можно больше тарелочек. Побеждает набравший наибольшее количество тарелочек <i>Вариант.</i> Можно разбрасывать по дну тарелочки разного цвета, тогда ныряльщики получают задание собрать тарелочки определенного цвета. Следует обратить особое внимание на обеспечение безопасности игроков</p>	<p>Быстрота реакции и одиночных движений, ориентация в пространстве, устойчивость к раздражению вестибулярного аппарата</p> <p>Реакция выбора, умение различать цвет</p>

4.5. Методика адаптивной физической культуры для детей с умственной отсталостью

По данным Главного управления реабилитационной службы и специального образования Министерства образования Российской Федерации, из 600 тыс. общего количества учащихся с отклонениями в развитии 60 % составляют дети с умственной отсталостью. В 1994 г. по предложению ВОЗ принята Международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), рассматривающая различные проявления врожденного слабоумия под единым названием «умственная отсталость».

Степень умственной отсталости определяется интеллектуальным коэффициентом IQ (отношением психического возраста к паспортному). В соответствии с МКБ-10 приняты следующие виды и показатели IQ:

- 1) психическая норма: IQ 70–100;
- 2) легкая умственная отсталость: IQ 50–69;
- 3) умеренная умственная отсталость: IQ 35–49;
- 4) тяжелая умственная отсталость: IQ 20–34;
- 5) глубокая умственная отсталость: IQ 19 и ниже.

Обучение и воспитание детей с легкой и умеренной умственной отсталостью осуществляется в специальных (коррекционных) образовательных организациях, либо в специальных классах общеобразовательных школ, либо в виде домашнего обучения. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечительства родителей, обучаются в специальных детских домах и школах-интернатах.

Обучение и воспитание детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью осуществляется в учреждениях социальной защиты. Эти дети нуждаются в постоянной помощи и наблюдении и рассматриваются как инвалиды с детства.

Несмотря на то, что умственная отсталость – явление необратимое, это не значит, что она не поддается коррекции. Постепенность и доступность дидактического материала на занятиях физическими упражнениями создают предпосылки для овладения детьми разнообразными двигательными умениями, игровыми действиями, для развития физических качеств и способностей, необходимых в жизнедеятельности ребенка.

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

- на формирование знаний;
- обучение двигательным действиям;
- развитие физических способностей;
- воспитание личности;
- организацию взаимодействия педагога и занимающихся;
- на регулирование психического состояния детей.

Коррекция основных нарушений у детей с умственной отсталостью

Учитывая особенности психомоторного недоразвития, физической и психической ретардации, трудностей восприятия учебного материала, при подборе средств обучения необходимо руководствоваться следующими дидактическими правилами:

1) создавать максимальный запас простых движений с их постепенным усложнением;

2) стимулировать словесную регуляцию и наглядно-образное мышление при выполнении физических упражнений;

3) максимально активизировать познавательную деятельность;

4) ориентироваться на сохраненные функции, сенситивные периоды развития и потенциальные возможности ребенка;

5) при всем многообразии методов отдавать предпочтение игровому, в непринужденной, эмоционально окрашенной обстановке дети лучше осваивают учебный материал;

6) упражнения, имеющие названия, приобретают игровую форму, стимулируют их запоминание, а при многократном повторении развивают ассоциативную память.

• *Коррекция ходьбы*

У большинства детей с умственной отсталостью отклонения в физическом развитии отражаются на устойчивости вертикальной позы, сохранении равновесия, походке, способности соизмерять и регулировать свои движения во время ходьбы. Нарушения в ходьбе индивидуальны и имеют разные формы выраженности, но типичными являются следующие: голова опущена вниз, шаркающая походка, стопы развернуты носком внутрь (или наружу), ноги слегка согнуты в тазобедренных суставах, движения рук и ног не согласованы, движения не ритмичны. У некоторых детей отмечаются боковые раскачивания туловища [40].

Являясь естественной локомоцией, ходьба служит основным способом перемещения и составной частью многих упражнений на всех занятиях. В процессе обучения особое внимание уделяется формированию правильной осанки, постановке головы, плеч, движению рук, разгибанию ног в момент отталкивания. В младших классах выполняется ходьба по прямой с изменением направления, скорости, перешагиванием через предметы, с ускорением. Нагрузку увеличивают постепенно от класса к классу.

Примеры физических упражнений для коррекции ходьбы: «Рельсы», «Узкий мостик», «Лабиринт», «Гусеница», «Кошка», «Ловкие руки» [83].

• *Коррекция бега*

У детей с умственной отсталостью при выполнении бега типичными ошибками являются излишнее напряжение, порывистость, внезапные остановки, сильный наклон туловища или отклонение назад, запрокидывание головы, раскачивание из стороны в сторону, несогласованность и малая амплитуда движений рук и ног, мелкие неритмичные шаги, передвижение на прямых или полусогнутых ногах [27].

Примеры физических упражнений для коррекции бега:

- ходьба ускоренная с переходом на бег;
- бег «змейкой», не задевая предметов;
- бег с подскоками;
- бег с подпрыгиванием и доставанием предметов;
- бег за обручем;
- бег с грузом в руках.

• *Коррекция прыжков*

Ошибками в прыжках в длину и высоту у детей с интеллектуальной недостаточностью являются слабый толчок, иногда остановка перед толчком, низкая траектория полета, неучастие рук, что объясняется низким уровнем координационных способностей, силы разгибателей ног, скоростно-силовых качеств. Кроме того, детям трудно решать одновременно две двигательные задачи: движение ног и взмах руками.

Предлагаемые подготовительные упражнения не включают классических прыжков в длину и высоту, но способствуют физическому развитию стопы и всех мышц ног.

Примеры упражнений для коррекции прыжков:

- выпрыгивание вверх из глубокого приседа;
- прыжки через скакалку (на одной ноге, на двух ногах, поочередно);
- подскоки на двух ногах с продвижением вперед.

• *Коррекция лазания и перелезания*

Программой по физической культуре для детей с умственной отсталостью предусмотрено лазанье по гимнастической стенке и скамейке, перелезание через препятствие [83]. Эти упражнения имеют прикладное значение, способствуют развитию силы, ловкости, координации движений, укреплению свода стопы, формированию осанки, умению управлять своим телом. Лазание и перелезание корригируют недостатки психической деятельности – страх, завышенную самооценку, боязнь высоты, неадекватность поведения в сложных

ситуациях. Упражнения, выполняемые на высоте, должны быть объяснены и показаны с предельной точностью, непременное условие – обеспечение безопасности и страховки. Для преодоления препятствий используются гимнастическая лестница, скамейка, бревно, канат, наклонная лестница, поролоновые кубы, мягкое бревно, деревянная и веревочная лестницы.

- *Коррекция метания*

Прежде чем приступить к обучению метанию, необходимо освоить с детьми разнообразные предметные действия: подготовку обычно начинают с помощью больших мячей, а затем переходят к малым.

Примеры физических упражнений для коррекции метания:

- подбрасывание мяча над собой и ловля двумя руками;
- бросок мяча в стену и ловля его;
- ведение мяча на месте правой, левой рукой.

- *Коррекция расслабления*

Характерной особенностью движений ребенка с отставанием интеллектуального развития является избыточное мышечное напряжение во время выполнения физических упражнений.

Примеры упражнений для коррекции расслабления: «Бабочка», «Вертолет», «Плети», «Покажи силу», «Обними себя», «Велосипед», «Скалолазы» [83].

- *Коррекция осанки*

При коррекции осанки у младших школьников с умственной отсталостью необходимо руководствоваться следующими положениями:

1. В основе формирования осанки лежит гармоничное развитие силы мышц спины, брюшного пресса, верхних и нижних конечностей, умение дифференцировать мышечно-суставные ощущения, положения отдельных частей тела в пространстве, умение напрягать и расслаблять мышцы в покое и движении.

2. Необходимо использовать все виды адаптивной физической культуры и все возможные формы физкультурно-оздоровительных занятий: утреннюю гигиеническую гимнастику, физкультпаузы, подвижные игры, дополнительные внешкольные и внеклассные занятия, прогулки на свежем воздухе, плавание, закаливание и др.

3. Со стороны родителей необходимо повседневное внимание к осанке ребенка, создание условий для ее формирования: адекватные гигиенические и физиологические требования к одежде, мебели, освещению, позам во время сна, сидению, стоянию и т. п.

4. Коррекция осанки, с одной стороны, включает широкое комплексное воздействие самых разнообразных упражнений на все группы мышц, с другой – специфическое воздействие подобранных упражнений для компенсации нарушений определенного типа осанки.

Примеры упражнений для коррекции осанки [83]:

– для коррекции боковых искривлений позвоночника: «Кошечка», «Колечко», «Ванька-Встанька», «Лодочка», «Пловец»;

– для коррекции круглой (сутулой) спины: «Кроль», «Насос», «Штанга», «Силач»;

– для коррекции кругловогнутой спины: «Дровосек», «Столбик», «Велосипед», «Ножницы»;

– для коррекции плоской спины: «Ящерица», «Пистолетик», «Свеча», «Бокс».

• *Профилактика и коррекция плоскостопия*

Плоская стопа довольно часто встречается у детей с умственной отсталостью, поэтому для предупреждения развития плоскостопия важно своевременно выявить имеющиеся нарушения и принять профилактические меры.

Плоская стопа характеризуется опусканием продольного или поперечного свода, которое вызывает болезненные ощущения при ходьбе и стоянии, плохое настроение, быструю утомляемость.

Основной причиной плоскостопия является слабость мышцы связочного аппарата, поддерживающего свод стопы. Чаще плоскостопие встречается у соматически ослабленных и тучных детей, хотя природа его возникновения может быть разной. Различают плоскостопие врожденное, рахитическое, паралитическое, травматическое и самое распространенное – статическое [81].

Коррекционные упражнения, выполняемые лежа:

1. Лежа на спине – поочередно и вместе оттягивать носки стоп, приподнимая и опуская наружный край стопы.

2. Согнув ноги в коленях – упереться стопами в пол, развести пятки в стороны.

3. Согнув ноги в коленях – упереться стопами в пол, поочередно и одновременно приподнять пятки от пола.

4. Стопой одной ноги охватить голень другой и скользить по ней.

5. Лежа на спине – поочередно и одновременно вытягивать носки стоп с поворотом их внутрь.

Коррекционные упражнения, выполняемые сидя:

1. Максимальное подошвенное сгибание стоп с поворотом внутрь.
2. Поочередное захватывание пальцами ног гимнастической палки.
3. Подгребание пальцами матерчатого коврика (имитация подгребания песка).
4. Захватывание стопами круглых предметов (теннисного мяча, бильярдных шаров) внутренними сводами стопы и перемещение их с одного места на другое.
5. Сидя на краю стула, стопы параллельно – руками захватить коленные суставы, развести колени, одновременно поставить стопы на наружный край и согнуть пальцы.
6. Катание стопами мяча, гимнастической палки, массажного валика.
7. Максимальное разведение и сведение пяток, не отрывая носков от пола.
8. Из упора сидя сзади, колени согнуты, подтянуть пятки к ягодицам – ползающие движения стоп вперед и назад за счет пальцев ног.
9. Сидя с согнутыми коленями – руки провести снаружи между бедром и голенью, захватив ладонями стопы с внешней стороны, поочередно поднимать стопы руками.
10. То же, но захватить стопы с внутренней стороны.
11. В стойке на коленях, раздвинув стопы наружу – сесть на пол между ногами, стопы захватить руками со стороны подошвы и поочередно поднимать их.
12. В упоре сидя сзади – поочередные и одновременные круговые движения стопой.

Коррекционные упражнения, выполняемые стоя:

1. Стоя на наружных сводах стоп – подняться на носки и вернуться в исходное положение.
2. Стоя на наружных сводах стопы – полуприсед.
3. Стоя на полу, носки вместе, пятки врозь – подняться на носки, вернуться в исходное положение.
4. Стоя на полу, стопы параллельно на расстоянии ладони – сгибая пальцы, поднять внутренний край стопы.
5. Стоя след в след (носок правой касается пятки левой) – подняться на носки, вернуться в исходное положение.
6. На пол положить две булавы (кегли), головки их почти соприкасаются, а основания направлены наружу – захватить пальцами ног шейку или головку булавы и поставить ее на основание.

7. Подкатывание теннисного мяча пальцами ног от носка к пятке, не поднимая ее.

8. Поставить левую (правую) ногу на носок – поочередная смена положения в быстром темпе.

9. Стоя на полу, ноги врозь, стопы параллельно, руки на поясе – присед на всей ступне, сохраняя правильную осанку, вернуться в исходное положение.

Коррекционные упражнения, выполняемые в ходьбе:

1. Ходьба на носках, на наружных сводах стоп.

2. Ходьба на носках, в полуприседе, носки внутрь.

3. Ходьба гусиным шагом на наружных сводах стопы.

4. Ходьба по набивным мячам.

5. Ходьба на носках по наклонной плоскости.

6. Ходьба на носках с высоким подниманием бедра.

7. Ходьба вдоль и приставными шагами боком по канату, расположенному на полу.

8. Ходьба приставными шагами по рейке гимнастической стенки, держась за рейку на уровне пояса.

9. Лазанье по гимнастической стенке вверх и вниз, захватывая рейку пальцами и поворачивая стопы внутрь.

10. Ходьба на носках, собирая пальцами ног рассыпанные орехи, шашки, пуговицы.

11. Ходьба на четвереньках маленькими шажками.

12. Ходьба по массажному коврику (по траве, гальке, гравию).

• *Коррекция дыхания*

Для детей с умственной отсталостью характерно неритмичное поверхностное дыхание, неумение управлять актом дыхания и согласовывать его с движением. Дети должны уметь пользоваться грудным, диафрагмальным (брюшным) и смешанным (полным) дыханием. Чем раньше ребенок научится правильно дышать, тем выше эффект физических упражнений.

Примеры упражнений для коррекции дыхания: «Куры», «Понюхай фрукт», «Шторм на море», надувание мыльных пузырей [83].

• *Коррекционно-развивающие подвижные игры для детей с умственной отсталостью*

Ценность подвижных игр для детей с отставанием интеллектуального развития заключается в возможности одновременного воздействия на моторную и психическую сферу. Быстрая смена игровых ситуаций предъявляет по-

вышенные требования к подвижности нервных процессов, скорости реакции и нестандартности действий. При подборе подвижных игр важно учитывать эмоциональное состояние, характер, поведение детей. Состояние умственно отсталого ребенка нестабильно. Эмоциональное напряжение, усталость могут вызвать нарушения поведения, капризы, ссоры, драки, а иногда – обратные реакции: пассивность, нежелание вступать в контакт.

При подготовке к проведению подвижных игр педагог должен учитывать следующие моменты:

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

- насыщение игры моторными действиями должно быть постепенным, по мере овладения простыми формами движений;

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

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

Примеры коррекционно-развивающих подвижных игр: «Лохматый пес», «Воробушки и кот», «Сиамские близнецы», «Говорящий мяч», «Обгони» [83].

4.6. Методика адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе

Детский церебральный паралич (ДЦП) – органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями. При этом двигательные расстройства наблюдаются у 100 % детей, речевые у 75 % и психические у 50 % детей.

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации).

Речевые расстройства характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Психические расстройства проявляются в виде задержки психического развития или умственной отсталости всех степеней тяжести. Кроме того, нередко имеются изменения зрения, слуха, вегетативно-сосудистые расстройства, судорожные проявления и др.

Двигательные, речевые и психические нарушения могут быть различной степени выраженности – от минимальных до максимальных.

Выделяют следующие формы детского церебрального паралича:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гиперкинетическая форма;
- гемипаретическая форма;
- атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия – самая распространенная форма ДЦП. Обычно это тетрапарез, но ноги поражаются больше, чем руки. Прогностически благоприятная форма в плане преодоления речевых и психических нарушений и менее благоприятная в двигательном отношении. 20 % детей передвигаются самостоятельно, 50 % – нуждаются в помощи, но могут себя обслуживать, писать, манипулировать руками.

Двойная гемиплегия – самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Это также тетрапарез с тяжелыми поражениями как верхних, так и нижних конечностей, но руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные выпрямительные рефлексy могут не развиваться вообще. Произвольная моторика резко нарушена, дети не сидят, не стоят, не ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анатриии, в 90 % – умственная отсталость, в 60 % – судороги, дети необучаемы. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

Гиперкинетическая форма встречается в 25 % случаев. Это особая форма ДЦП, при которой у ребенка наблюдаются непроизвольные мышечные сокращения, называемые гиперкинезами. Характерные особенности данной патологии – поражение центральной нервной системы, нарушения мышечного тонуса и определенные речевые расстройства. Терапия гиперкинетической формы ДЦП полностью зависит от индивидуальных особенностей ребенка и характера течения заболевания.

Гемипаретическая форма характеризуется повреждением конечностей с одной стороны тела. В зависимости от локализации поражения наблюдаются различные нарушения. Например, при поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии,

а также дислексия, дисграфия и нарушение функций счета. Повреждение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария наблюдается патология эмоционально-волевой сферы. Прогноз двигательного развития чаще всего благоприятный при адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно.

Атонически-астатическая форма характеризуется поражением мозжечка, которое в ряде случаев затрагивает лобные отделы мозга. Со стороны двигательной сферы отмечается низкий мышечный тонус, нарушения равновесия тела в покое и при ходьбе, тремор, гиперметрия. Чаще всего такие дети не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными знаниями.

Двигательная реабилитация детей с ДЦП

Основным средством двигательной реабилитации является лечебная физическая культура (ЛФК), проводится в дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) в детских садах в форме малогрупповых занятий: от 3 до 5 раз в неделю с младшей группой (3–4 года) – 15 мин, со средней (4–5 лет) – 20 мин, со старшей (5–6 лет) – 25 мин, с подготовительной (6–7 лет) – 30 мин. С детьми, имеющими среднюю и тяжелую степень ДЦП, занятия ЛФК проводятся индивидуально.

В дошкольных организациях компенсирующего и комбинированного вида имеются специализированные группы детей с церебральной патологией. Занятия ЛФК могут проводиться также в лечебных организациях или реабилитационных центрах различными курсами, включающими комплексное лечение.

Организация физкультурно-оздоровительной работы в специализированных детских садах и школах имеет свои особенности. Учителю физкультуры и руководителю по физическому воспитанию необходимо знать методы и принципы последовательности формирования двигательных навыков ребенка с ДЦП. При тренировке двигательных функций необходимо соблюдать принцип онтогенетической последовательности. Тренируемые навыки целесообразно постоянно адаптировать к повседневной жизни ребенка. В первую очередь необходимо развивать реакции выпрямления и равновесия.

Тренировка удержания головы. В положении лежа на спине у ребенка вырабатывается умение приподнимать голову и поворачивать ее в разные стороны. Эти умения будут способствовать освоению следующих двигательных навыков – поворотов и присаживания. Чтобы ребенку было легче удерживать голову, в положении лежа на животе под голову и плечи

подкладывают валик. Раскачивание на большом мяче тренирует реакцию выпрямления головы и реакцию равновесия (рис. 1, 2).



Рис. 1. Упражнения для формирования вертикального положения головы

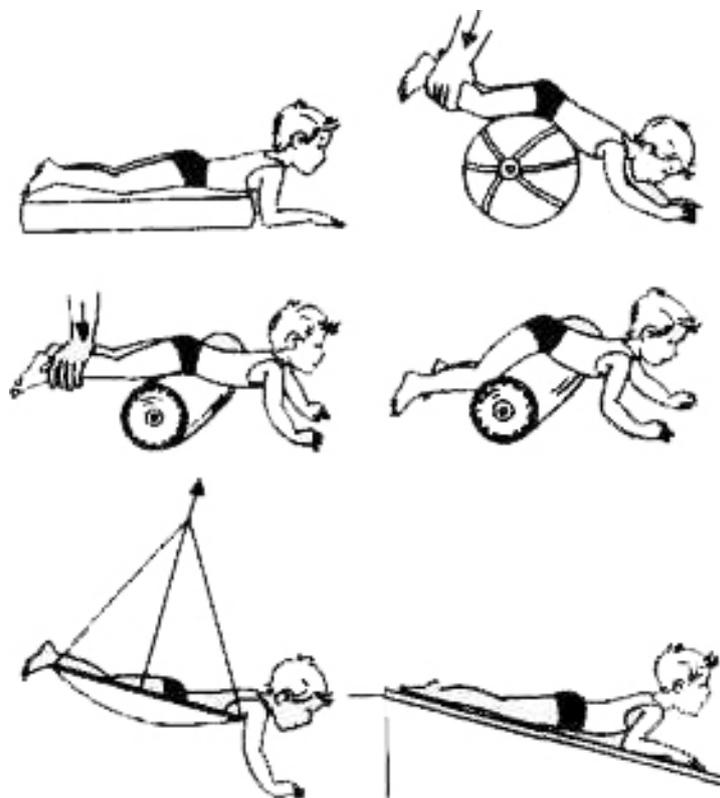


Рис. 2. Упражнения для формирования контроля положения головы и развития реакции опоры и равновесия рук

Тренировка поворотов туловища. Повороты со спины на бок и со спины на живот стимулируют подъем головы, тормозят влияние шейных тонических рефлексов, развивают координацию движений, равновесие. В положении на боку ребенок видит свои руки, что способствует выработке зрительно-моторной координации. Кроме того, вращательные движения необходимы для поддержания равновесия (рис. 3).

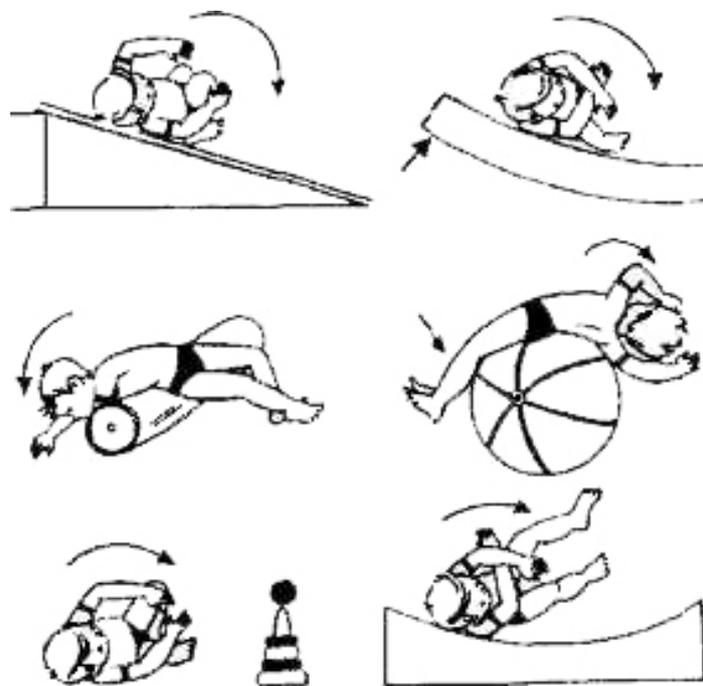


Рис. 3. Упражнения для тренировки поворотов

Тренировка ползания на четвереньках. В положении на животе тренируют поднятие головы и опору на предплечья и кисти. В положении на четвереньках развивают способность правильно удерживать позу, опираясь на раскрытые кисти и колени, отрабатывается реакция равновесия, перенос массы тела с опорой то на одну руку или одну ногу, то на другую. При этом следят за правильным (разогнутым) положением головы. Для ползания на четвереньках важно правильно перемещать центр тяжести, сохранять равновесие и совершать реципрокные движения конечностями (рис. 4, 5).

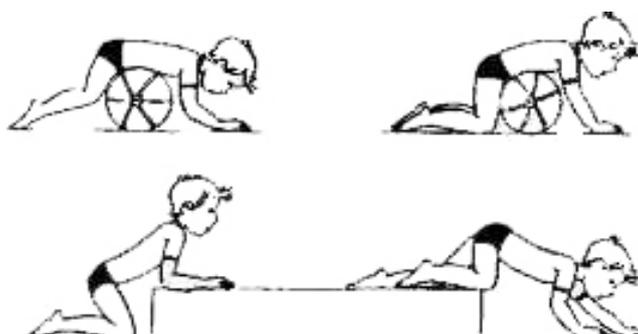


Рис. 4. Упражнения для формирования положения на четвереньках

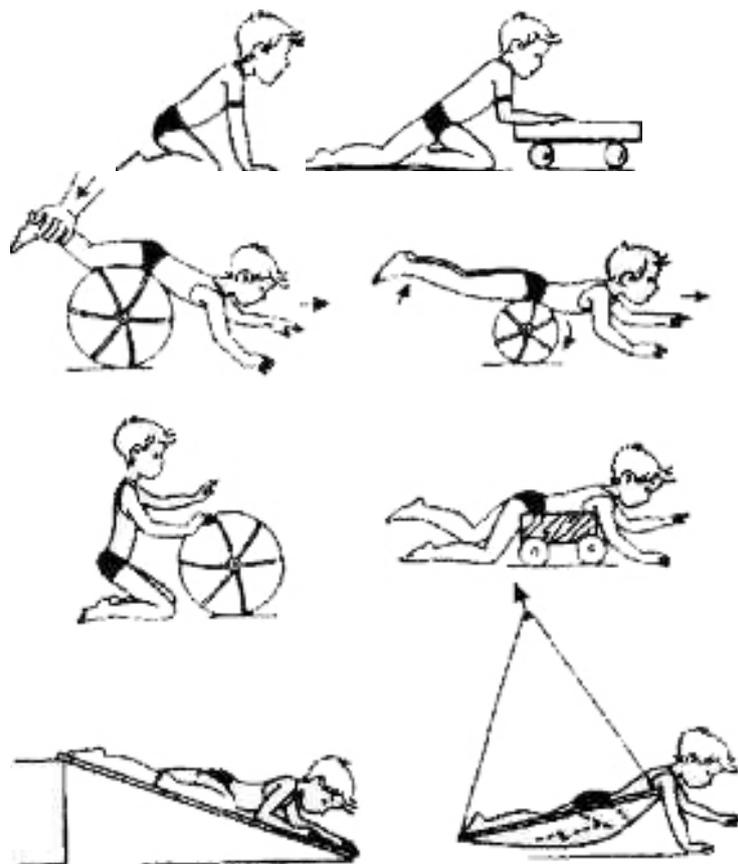


Рис. 5. Упражнения для формирования умения ползать на четвереньках

Наряду с формированием основных двигательных навыков и умений необходимо уделять внимание:

- нормализации произвольных движений в суставах конечностей;
- нормализации дыхательной функции;
- формированию навыка правильной осанки и правильной установки стоп;
- коррекции сенсорных расстройств;
- коррекции координационных нарушений (мелкой моторике кисти, статическому и динамическому равновесию, ритмичности движений, ориентации в пространстве);
- тренировке мышечно-суставного чувства;
- профилактике и коррекции контрактур;
- активизации психических процессов и познавательной деятельности.

Физическое воспитание детей с церебральной патологией можно разделить на 3 периода:

1) доречевой и ранний возраст – от 0 до 3 лет (реализуется в центрах абилитации, в детских поликлиниках и реабилитационных центрах);

2) дошкольный возраст – от 3 до 7 лет (реализуется в дошкольных организациях компенсирующего и комбинированного вида, имеющих специализированные группы детей с ДЦП);

3) школьный возраст – старше 7 лет (реализуется в специализированных школах).

Задачи 1-го периода:

- 1) нормализация тонуса и моторики ребенка;
- 2) стимуляция звуковой и речевой активности;
- 3) развитие сенсорных процессов (зрительного, слухового, двигательного-кинестетического и др.);
- 4) формирование предметной деятельности;
- 5) развитие манипулятивной функции и двигательных навыков.

Задачи 2-го периода:

- 1) развитие игровой деятельности и психических процессов;
- 2) развитие речевого общения;
- 3) расширение знаний об окружающей среде;
- 4) развитие сенсорных функций;
- 5) развитие ручной умелости и двигательных навыков;
- 6) воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Задачи 3-го периода:

- 1) развитие двигательных навыков;
- 2) развитие психических процессов и речи;
- 3) развитие познавательной деятельности;
- 4) профессиональная ориентация.

Адаптивное физическое воспитание детей с ДЦП в дошкольном возрасте

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играет лечебная гимнастика. Под ее влиянием в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга, вследствие чего возникают адекватные двигательные ощущения. Лечебная гимнастика нормализует позы и положения конечностей, снижает мышечный тонус, уменьшает или преодолевает насильственные движения.

Особое внимание на занятиях лечебной гимнастикой должно уделяться тем двигательным навыкам, которые необходимы в жизни, – навыкам и уме-

ниям, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание. Только при этих условиях гимнастика будет способствовать развитию у ребенка правильного двигательного стереотипа.

В раннем и дошкольном возрасте естественное желание двигаться не может быть удовлетворено 20–30-минутными занятиями лечебной гимнастикой. Ребенок с ДЦП не в состоянии самостоятельно реализовать свою потребность в движении, даже владея необходимыми двигательными навыками.

У многих детей с церебральным параличом нарушен ритм выполнения движений, поэтому важно научить их согласовывать свои движения с заданным ритмом; многие упражнения полезно выполнять под счет, хлопки, музыку. Музыка особенно благоприятно воздействует на развитие движений у детей. Так, в ходьбе, проводимой под музыку, у них легче формируется равномерность длины шага, координация движений.

У детей с церебральным параличом на всех возрастных этапах отмечается снижение таких физических качеств, как ловкость, скорость, сила, гибкость и выносливость. Поэтому для них крайне важно выполнение специальных прикладных упражнений – ходьбы, бега, прыжков, лазанья и перелезания, а также различных действий с предметами (игрушками, гимнастическими палками, мячами, обручами). Детей учат правильно захватывать различные по форме, объему и весу предметы, манипулировать ими.

В ходе выполнения движений у детей не должно быть длительной задержки дыхания. Дошкольник с церебральным параличом не может произвольно регулировать дыхание и согласовывать его с движением. При выполнении упражнений в первую очередь надо обращать внимание на выдох, а не на вдох. Если дети начинают дышать через рот, необходимо снизить дозировку упражнений. При этом следует исключить случаи постоянного ротового дыхания у некоторых детей вследствие заболеваний носовой полости (аденоиды, полипы, искривления носовой перегородки, ринит и т. д.).

Кроме того, при проведении фронтальных занятий по развитию движений и подвижных игр следует избегать длительного пребывания детей в одних и тех же позах, не допускать долгих объяснений заданий, так как это утомляет детей и снижает их двигательную активность. Не следует также чрезмерно возбуждать детей, потому что волнение обычно усиливает мышечное напряжение и насильственные движения.

Адаптивное физическое воспитание детей с ДЦП в школьном возрасте

Урок по физическому воспитанию в специализированных школах является одним из основных предметов, где решаются образовательные, воспитательные и коррекционные задачи.

Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет свои особенности по сравнению с общеобразовательными школами. Так, в раздел общеразвивающих упражнений введены упражнения:

- для коррекции позотонических реакций;
- расслабления мышц;
- формирования правильной осанки;
- опороспособности;
- формирования равновесия;
- для развития пространственной ориентации и точности движений.

Используются все доступные виды занятий гимнастикой и легкой атлетикой. В каждый урок включаются общеразвивающие, корректирующие, прикладные упражнения и игры по упрощенным правилам, применяется индивидуальный подход к детям с учетом их психического развития.

В школе-центре «Динамика» (Санкт-Петербург) группой специалистов разработана авторская программа по физическому воспитанию для детей с церебральной патологией [83]. Все уроки по физическому воспитанию проходят с элементами ЛФК, на основе индивидуального подхода и дидактических принципов. Авторы выделяют упражнения начального, развивающего и тренирующего этапов физической подготовки.

Упражнения начального этапа физической подготовки:

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

- *основные исходные положения и изолированные движения головы, рук, ног, туловища.* Исходное положение: лежа, сидя, стоя. Движения головой в разных направлениях. Одновременные движения руками вперед, назад, в стороны, вверх, вниз. Сгибание и разгибание предплечий и кистей рук.

Поочередное и одновременное сгибание пальцев в кулак и разгибание с изменением темпа движения. Противопоставление первого пальца остальным с контролем зрения, а также без него. Выделение пальцев рук. В исходных положениях, лежа на спине, на животе, на боку, поочередное поднимание и отведение прямых или согнутых ног, сгибание, разгибание, а также круговые движения ими. Приседание на всей ступне, стоя у опоры. Наклоны туловища вперед, назад, в стороны. Акробатические группировки: сидя, лежа на спине, в приседе. Простейшие сочетания изученных движений;

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

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

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

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

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

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

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

- *упражнения с большими мячами.* Перекладывание мяча из руки в руку с вращением вокруг себя. Ведение мяча. Удары мяча об пол перед собой с одновременным подпрыгиванием на двух ногах. Прокатывание мяча, броски вперед, в сторону с дозированными усилиями;

- *упражнение с малыми мячами.* «Школа мяча» с усложненными бросками в различных исходных положениях. Метание мяча сбоку одной рукой. Метание теннисного мяча на дальность. Бросок двумя руками снизу через возвышенность (высота 2 м). Попадание мячом в предмет (большой мяч, кубик и т. д.).

Игры:

- *подвижные игры:* «Товарищ командир», «Попади в цель», «Гонка мячей в колоннах», «Караси и щука», «День и ночь», «Невидимка», «Под-

вижная цель». Эстафеты с лазанием и перелезанием и игры со специальными заданиями на осанку и ходьбу с включением упражнений на метание и упражнений, развивающих пространственные представления;

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

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

Упражнения развивающего этапа физической подготовки:

- *дыхательные упражнения*. В различных исходных положениях (с руками на поясе, за головой) тренировать все типы дыхания. Развивать подвижность грудной клетки при выполнении усиленного дыхания (на вдохе приподнять надплечья, на выдохе надавливать ладонями на боковые поверхности грудной клетки). Изменять темп вдоха и выдоха (по подражанию, под хлопки, под счет). Ритмичное дыхание при выполнении движений: вдох при поднимании рук, отведении их в сторону, затем выпрямление туловища, разгибание ног; еще один вдох при опускании вниз головы, при наклонах туловища и приседаниях;

- *основные положения и движения головы, рук, ног, туловища*. Основная стойка – ноги на ширине плеч. Движения головой с сохранением заданного положения туловища и конечностей. Основные положения рук: вниз, в сторону, вперед, за спину, на пояс, на голову, к плечам. Последовательные движения руками, ногами по подражанию и по инструкции. Движения кистей и предплечий в разных направлениях. Противопоставление одного пальца остальным, противопоставление пальцев одной руки пальцам другой, выделение пальцев рук, поочередное сгибание и разгибание пальцев. Из исходного положения, сидя на полу, на гимнастической скамейке, стоя у опоры, выполнение поочередно круговых движений, поднимание, отведение и приведение ног. Наклоны и повороты туловища, руки за голову, вверх, в сторону, на пояс. Группировки сидя, лежа на спине, в приседе. Из упора присев пережат назад и вперед. Сочетание изученных движений;

- *упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности*. Сгибание и разгибание пальцев ног, тыльное и подошвенное сгибание стоп, круговые движения, смыкание и размыкание носков с опорой на пятку. Сидя на полу с опорой руками сзади на гимнастическую

скамейку, захватывать веревку пальцами ног, поднимать ее над полом, подтягивать к себе; захватывать мяч и подбрасывать вверх, вперед, передавать соседу по ряду, перекачивать мяч подошвами стоп. Стоя лицом к гимнастической стенке, ноги на ширине ступни, ноги в шаге, в глубоком приседании, удерживаясь руками за рейку на уровне груди, ходить по нижней рейке, выполнять перекачки с носка на пятку (сидя, стоя);

- *упражнения для формирования равновесия.* Движения головой в разных исходных положениях и при движениях рук, повороты, наклоны, вращения. Изменение исходных положений без опоры руками: из основной стойки – в стойку на одно колено, на два колена и обратно, в полуприсед и обратно. Кружение на месте с переступанием, руки в стороны. Ходьба по начерченной линии, по доске, лежащей на полу, по наклонной доске (вверх и вниз), по гимнастической скамейке, по качающейся плоскости. Перешагивание через бруски, гимнастические палки, обручи, лежащие на полу на расстоянии 50 см. Перешагивание через гимнастическую лестницу, расположенную на пол (высота 30–40 см). Стойки на уменьшенной опоре, на поднятой опоре, опоре различной формы, на одной ноге;

- *упражнения на развитие пространственной ориентации и точности движений.* Передвижение к ориентирам (флажку или мячу). Выполнение исходных положений рук по инструкции учителя: вниз, вверх, вперед, назад, с открытыми и закрытыми глазами. Ходьба с изменением направления по ориентирам, начерченным на полу;

- *лазанье и перелезание.* Лазанье вверх и вниз по гимнастической стенке, не касаясь реек. Лазанье на четвереньках по ковровой дорожке, по гимнастической скамейке, наклонной доске, наклонной лестнице. Перелезание через препятствие высотой 50–60 см (гимнастическая скамейка). Подлезание под препятствие высотой 40–50 см (под натянутую веревку). Пролезание через обруч, удерживаемый учителем (другим учеником) ребром к полу вертикально;

- *упражнения с гимнастическими палками.* Удержание палки различными хватами (сверху, снизу, сбоку), с индивидуальной коррекцией дефектов хвата. Перекачивание палки из руки в руку, меняя способы хвата. По подражанию принимать различные исходные положения с палкой в руках: палка внизу перед собой, палка за головой. Выполнение поворотов и наклонов туловища, удерживая палку перед собой, сверху. Стоя на коленях, палка над головой, повороты и наклоны туловища;

- *упражнения с большими мячами.* Принимать различные исходные положения, удерживая мяч в руках. Прокатывание мяча на дальность разгибанием руки (кисть сверху). Катание мяча толчком одной руки (двумя), лежа на животе. Стоя на коленях, перекатывать мяч вокруг себя, друг другу. Сидя на полу, ноги скрестно (ноги выпрямлены) – прокатывание мяча вокруг себя. Передача мяча друг другу (в парах, по кругу, по ряду двумя руками сверху на уровне груди, сверху, сбоку, с шага вперед). Прокатывание мяча перед собой с продвижением по залу. Броски мяча через веревку, лежа на животе. Броски мяча вперед, в сторону снизу, от груди, из-за головы. Подбрасывание и ловля мяча перед собой;

- *упражнения с малыми мячами.* Сгибание, разгибание, вращение кисти, предплечья и всей руки с удержанием мяча. Перекладывание мяча из руки в руку перед собой, над головой, за спиной в основной стойке, изменяя исходное положение. Подбрасывание и ловля мяча перед собой;

- *подвижные игры:* «Совушка», «Два мороза», «Волк во рву», «Слепая лиса», «Мышеловка», «Салки», «Пятнашки», «Мяч соседу», «Гуси-лебеди», «К своим флажкам», «Метко в цель», «Кто больше бросит», «Принеси мячи», «Догони мяч». Простейшие игры-эстафеты со специальными заданиями на осанку, включением ходьбы на четвереньках, коленях, вставанием из положения на коленях, с перекачиванием и перебрасыванием мяча.

Упражнения тренирующего этапа физической подготовки:

- *дыхательные упражнения.* Согласование дыхания с выполнением движений различного темпа;

- *основные положения и движения головы, рук, ног, туловища.* Движения головой: наклоны, повороты, кружения в исходных положениях, стоя руки на поясе, за спину, за голову. Из положения руки вперед, в стороны, вверх (голова прямо) сгибание, разгибание, вращение кистей рук, выделение пальцев рук с дозированным усилием. Выполнение строго изолированных движений. Упражнения в исходном положении на четвереньках: повороты, наклоны головы без изменения опорности рук, ползание со строгим соблюдением синергизма движений. Наклоны, повороты туловища в сочетании с движениями рук вперед, вверх, в стороны, вниз. Движения прямой ногой вперед, назад, в сторону, стоя у опоры, сидя, лежа. Полуприседы с различными положениями рук. Переход в стойку на коленях из приседания. Перекат назад, перекачивание в сторону;

- *упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности.* Движения пальцами ноги и стопой, помогая себе, свободно, с преодолением сопротивления в исходном положении, сидя на гимнастической скамейке, положив одну ногу на колено другой. Захватывание стопами мяча, булавы, мешочков с песком. Сидя на гимнастической скамейке, отталкивание мяча друг другу наружными краями стоп. Приседания из исходного положения, стоя у опоры на носках, на пятках;

- *упражнение для формирования равновесия.* Движения головой с закрытыми глазами в исходном положении сидя, стоя на коленях, у опоры, ноги на ширине ступни, ноги в шаге. Сохранение устойчивости в стойке с разведенными и сомкнутыми носками с открытыми и закрытыми глазами. Стойка на одной ноге с опорой руками. Смена исходных положений под счет учителя. Удержание различных исходных положений на качающейся плоскости с руками на поясе, вперед, в стороны. Кружение на месте с переступанием (360°) и последующей ходьбой по прямой (5–6 м). Ходьба по начерченному коридору, по доске, лежащей на полу, по наклонной доске, по гимнастической скамейке, бревну (высота 30–60 см), по качающейся плоскости с различными положениями рук. Перешагивание через бруски, набивные мячи, лежащие на полу на расстоянии 20–30 см;

- *упражнение на развитие пространственной ориентации и точности движений.* Построение в шеренгу, в колонну в разных частях зала по ориентировке. Повороты кругом, направо, налево по ориентирам. Шаг вперед, назад, вправо, влево в обозначенное место с открытыми и закрытыми глазами. Движение в колонне с изменением направления по ориентирам. Ходьба по кругу вдоль ориентиров. Поднимание прямых рук вперед, в стороны до определенной высоты и воспроизведение движений без контроля зрения. Проползание на четвереньках по начерченному коридору с закрытыми глазами;

- *лазанье и перелезание.* Лазанье по гимнастической стенке вверх и вниз, не пропуская реек, не наступая на одну рейку двумя ногами и не берясь за одну рейку двумя руками. Лазанье на четвереньках по наклонной скамейке вверх и вниз, по лестнице, положенной на пол, по наклонной лестнице. Перелезание через препятствие высотой до 70 см. Подлезание под препятствием высотой 30–40 см. Пролезание сквозь обруч в заданной последовательности из исходных положений лежа, сидя, стоя;

- *упражнения с гимнастическими палками.* По инструкции удержание палки различными хватами, изменяя исходное положение рук (вверх, вперед, вниз, в сторону) и туловища (повороты, наклоны, вращения). Смена супинации и пронации предплечий, вращение палки, удерживая ее различными хватами. Ходьба строем с палкой в руках;

- *упражнения с большими мячами.* Катание мяча, сидя в парах, сидя по кругу, стоя на коленях, вдоль каната, по коридору из веревок, с продвижением вперед, по ориентирам (сбить кегли, сбить другой мяч), с огибанием предметов. Перекладывание и передача мяча с одной руки в другую, друг другу в различных построениях (парами с расстояния 60–100 см, в шеренгу, в колонну, в круг). Броски мяча вперед, в сторону, назад снизу, от груди, из-за головы. Подбрасывание и ловля мяча перед собой, справа, слева. Ловля мяча, брошенного учителем;

- *упражнения с малыми мячами.* Выполнение общеразвивающих упражнений (правильно удерживать мяч и перекладывать из руки в руку). Подбрасывание мяча вверх, удары мячом об пол, броски мяча в стену правой, левой рукой и ловля его обеими руками. Попеременная ловля мяча одной рукой у пояса и выпускание на уровне груди в исходное положение стоя и сидя.

- *игры:* «У ребят порядок строгий», «Совушка», «Мы – веселые ребята», «Салки» (с заданием на осанку), «У медведя на бору», «Ловкие ребята», «К своим флажкам», «Два мороза», «Волк во рву», «Передача мячей», «Попади в цель», «Перебрасывание мячей через сетку», «Считаю до пяти». Простейшие игры-эстафеты со специальным заданием на осанку, с включением ходьбы, метания, передач и бросков мячей, преодоления препятствий.

Нетрадиционные формы занятий

При работе с детьми, имеющими церебральную патологию, можно использовать занятия *в сухом бассейне* и на *фитболах*.

Тело в сухом бассейне постоянно находится в безопасной опоре, что особенно важно для детей с двигательными нарушениями. В то же время ребенок может двигаться, ощущая постоянный контакт кожи с наполняющими бассейн шариками. Таким образом происходит постоянный массаж всего тела, стимулируется проприоцептивная и тактильная чувствительность. Ребенок свободно двигается, меняет направление движения, позу, чередуя деятельность с отдыхом, самопроизвольно регулируя нагрузку, удовлетворяет потребность в движении. Подбор упражнений в бассейне должен быть индивидуальным в зависимости от формы и степени тяжести заболевания.

Другой формой занятия с детьми, страдающими ДЦП, является фитбол-гимнастика на больших упругих мячах. Впервые фитболы стали использоваться в лечебных целях с середины 50-х гг. XX в. швейцарским врачом-физиотерапевтом Сюзан Кляйн Фогельбах в Базеле.

Фитболы обладают комплексом полезных воздействий на организм человека. Так, например, вибрация на мяче активизирует регенеративные процессы, способствует лучшему кровообращению и лимфооттоку, увеличивает сократительную способность мышц. При этом улучшаются функции сердечно-сосудистой системы, внешнего дыхания, повышаются обмен веществ, интенсивность процессов пищеварения, защитные силы и сопротивляемость организма. Вибрация, сидя на мяче, по своему физиологическому воздействию сходна с райттерапией (лечением верховой ездой), о положительном воздействии которой на здоровье писал еще Гиппократ.

Фитболы могут быть разного размера в зависимости от возраста и роста занимающихся. Для детей 3–5 лет диаметр мяча должен быть равен 45 см, от 6 до 10 лет – 55 см, для детей, имеющих рост от 150 до 165 см, диаметр мяча должен составлять 65 см, для детей и взрослых, имеющих рост от 170 до 190 см, – 75 см. Мяч подобран правильно, если при посадке на нем угол между бедром и голенью равен или чуть больше 90° . Острый угол в коленных суставах опасен, так как создает дополнительную нагрузку на связки при выполнении упражнений, сидя на мяче. Накачать фитбол можно велосипедным или автомобильным насосом.

Выделим методические рекомендации для подготовки и организации занятий, включающих фитбол-гимнастику:

1. Правильная посадка на фитболе предусматривает оптимальное взаиморасположение всех звеньев тела: угол между туловищем и бедром, бедром и голенью, голенью и стопой равен 90° , голова приподнята, спина выпрямлена, руки фиксируют мяч ладонями сзади, ноги на ширине плеч, стопы параллельны друг другу. Такое положение на мяче способствует устойчивости и симметричности, главным условиям сохранения правильной осанки.

2. Для профилактики травматизма необходимо обеспечить безопасность детей, правильно и своевременно использовать страховку, самостраховку. На занятия надевать удобную одежду и нескользкую обувь. Кроме того, на полу и одежде занимающихся не должно быть никаких острых предметов, чтобы не повредить мяч.

3. Начинать лучше с простых упражнений и облегченных исходных положений, постепенно переходя к более сложным.

4. Ни одно упражнение не должно причинять боль или доставлять дискомфорт.

5. Необходимо избегать быстрых и резких движений, скручиваний в шейном и поясничном отделах позвоночника, интенсивного напряжения мышц шеи и спины, что ведет к повреждению межпозвонковых дисков, увеличивает нестабильность позвоночно-двигательных сегментов, нарушает вертебробазиллярное кровообращение.

6. Лежа на животе на мяче, не задерживать дыхания, так как длительное сдавливание диафрагмы затрудняет дыхание.

7. Лежа на спине на мяче и лежа на груди на мяче, голову не запрокидывать, затылок и позвоночник должны составлять одну прямую линию.

8. Лежа на животе на мяче с упором руками на полу, ладони должны быть параллельны друг другу и располагаться на уровне плечевых суставов.

9. При выполнении упражнений мяч не должен двигаться.

10. Упражнения на силу должны чередоваться с упражнениями на растягивание и расслабление.

11. На каждом занятии стремиться к созданию положительного эмоционального фона, бодрого, радостного настроения. Важна также эстетика выполнения упражнений.

12. Занятия на фитболе могут проводиться через день или два раза в неделю.

13. Продолжительность занятий для детей до 5 лет 15–20 мин, для детей 6–7 лет – 25–30 мин, в более старшем возрасте – до 40–45 мин.

Каждое упражнение повторять, начиная с 3–4 раз, постепенно увеличивая до 6–8 повторений, учитывать рассеивания нагрузки в разных исходных положениях на разные группы мышц. В конце занятия необходимо выделить время для восстановления дыхания и расслабления.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте типичные нарушения двигательной сферы детей разных нозологических групп.

2. Какие факторы влияют на развитие двигательной сферы детей с нарушениями в развитии?

3. Почему коррекционно-развивающее направление является ведущим в методике адаптивной физической культуры?
4. Какие общие и специфические задачи решаются в процессе адаптивного физического воспитания детей?
5. Охарактеризуйте особенности физического развития детей со зрительной депривацией.
6. В чем заключается коррекционная направленность адаптивного физического воспитания детей с нарушением зрения?
7. Перечислите противопоказания при регулировании физической нагрузки детей школьного возраста с нарушением зрения.
8. При каких офтальмологических заболеваниях предусмотрены противопоказания и к каким видам физических упражнений?
9. Какие сохраненные функции необходимо развивать у незрячих и слабовидящих детей на уроках физического воспитания?
10. Какие ориентиры используют незрячие школьники в процессе физического воспитания?
11. Перечислите условия предупреждения травматизма у детей с нарушением зрения в процессе занятий физическими упражнениями.
12. Перечислите формы повышения двигательной активности детей с депривацией зрения.
13. В чем заключаются особенности обучения незрячих детей плаванию?
14. Какие психофизические и двигательные особенности характерны для детей с нарушением слуха?
15. В чем состоят координационные нарушения двигательной деятельности глухих детей?
16. Раскройте взаимосвязь основных движений глухого ребенка (бега, прыжков, метания) с развитием координационных способностей.
17. Охарактеризуйте особенности коррекции и развития координационных способностей, равновесия и вестибулярной функции у глухих школьников.
18. Раскройте роль упражнений скоростно-силового характера в адаптивной физической культуре детей с нарушением слуха.
19. Какова роль занятий, которые проводятся с использованием круговой формы организации («станций»)?
20. В чем состоят методические особенности обучения плаванию слабослышащих детей?

21. Какие подвижные игры можно применять в воде при обучении детей с нарушением слуха?

22. Охарактеризуйте виды умственной отсталости.

23. Перечислите дидактические правила, которыми необходимо руководствоваться при коррекции основных нарушений у детей с интеллектуальной недостаточностью.

24. Охарактеризуйте ошибки умственно отсталых детей в технике ходьбы и бега и раскройте методические приемы их коррекции.

25. Охарактеризуйте ошибки умственно отсталых детей в технике прыжков, лазания и метания и раскройте методические приемы их коррекции.

26. Какими приемами корригируются нарушения осанки у детей с умственной отсталостью?

27. Какие методические приемы используются для профилактики и коррекции плоскостопия у детей с интеллектуальной недостаточностью?

28. Раскройте роль подвижных игр для детей с умственной отсталостью.

29. При какой форме ДЦП выявляются самые тяжелые двигательные, речевые и психические нарушения?

30. Раскройте роль ЛФК на занятиях по адаптивному физическому воспитанию детей с церебральным параличом. Какие упражнения стимулируют психику при ДЦП?

31. Какие упражнения помогают формировать двигательные навыки ребенка с ДЦП?

32. Охарактеризуйте адаптивное физическое воспитание детей с церебральной патологией в дошкольном возрасте.

33. Раскройте методические приемы коррекции, разработанные в школе-центре «Динамика» для детей с ДЦП.

34. Какими упражнениями на фитболах можно улучшить двигательные навыки ребенка с церебральной патологией?

Заключение

В настоящее время вопросы, связанные с осмыслением образовательного, научного, правового и информационного пространства адаптивной физической культуры для педагогики, становятся все более актуальными.

Становление новой школы, смена парадигмы образования, стремление воплотить идеи гуманной педагогики в школьную практику обращают педагогов к темам, связанным с созданием эффективных педагогических систем.

Возникает необходимость осознания того положения, что опорными концепциями в методологии адаптивной физической культуры должны выступать 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 ограниченными возможностями здоровья.

Предстоит оценить чрезвычайную сложность объекта – человека с нарушениями здоровья в процессе его двигательной деятельности, сориентировать специалистов, занимающихся изучением указанной категории детей на принципиально иной взгляд на существующий у ребенка дефект, на понимание его не как болезни, а как особого состояния психического недоразвития, характеризующегося многообразными признаками в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств.

Таким образом, общая «философия» использования средств адаптивной физической культуры состоит в принципиально новом понимании ее смысла как социального феномена, основной целью которого является социализация или социальная реабилитация личности человека с ограниченными возможностями здоровья, поднятие уровня качества его жизни, наполнения ее новым содержанием, смыслом, эмоциями, чувствами, а не сводится только к лечению и коррекции с помощью тех или иных психотерапевтических процедур.

В рамках педагогического процесса речь идет о преодолении нерешенных проблем, ограничивающих развитие как детей с различными нарушениями в интеллектуальном и физическом развитии, так и детей с ослабленным здоровьем вообще, приобретение ими жизненно важных знаний, умений, физических качеств, воспитанности такого уровня, который позволил бы им адаптироваться к предстоящей самостоятельной жизни, социальным нормам, к физическому труду и здоровому образу жизни.

Единство мировоззренческого, интеллектуального и телесного компонентов становится основополагающим принципом формирования физической культуры личности человека, в том числе с ограниченными возможностями здоровья.

Библиографический список

1. *Агеева Н. В.* Социальные представления о людях с инвалидностью как фактор их интеграции в современное российское общество: автореферат диссертации ... кандидата социологических наук / Н. В. Агеева. Ставрополь, 2006. 24 с.
2. *Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения: учебное пособие* / под общ. ред. С. П. Евсеева. Москва: Советский спорт, 2014. 298 с.
3. *Адаптивная физическая культура в содержании курсов переподготовки учителей общеобразовательной школы* / Г. А. Бобков [и др.] // Вестник спортивной науки. 2012. № 4. С. 42–46.
4. *Аксенова Л. И.* Социальная педагогика в специальном образовании: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / Л. И. Аксенова. Москва: Академия, 2001. 192 с.
5. *Александрова Е. В.* Адаптивная физическая культура и спорт как фактор профессионально ориентированной социализации студентов-инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы: диссертация ... кандидата социологических наук / Е. В. Александрова. Москва, 2014. 200 с.
6. *Аршавский И. А.* Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития / И. А. Аршавский. Москва: Наука, 1982. 270 с.
7. *Бабанский Ю. К.* Оптимизация учебно-воспитательного процесса. Методические основы / Ю. К. Бабанский. Москва: Педагогика, 2005. 193 с.
8. *Бегидов М. В.* Нормативно-правовое обеспечение адаптивной физической культуры и спорта / М. В. Бегидов, Т. П. Бегидова // Правовая наука и реформа юридического образования. 2012. № 2 (25). С. 114–119.
9. *Бегидов М. В.* Социальная защита инвалидов: учебное пособие для академического бакалавриата / М. В. Бегидов, Т. П. Бегидова. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Юрайт, 2018. 98 с.
10. *Бегидова Т. П.* Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие / Т. П. Бегидова. Москва: Физическая культура и спорт, 2007. 192 с.
11. *Бернштейн Н. А.* Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. Москва: Медицина, 1966. 350 с.
12. *Бессарабова Ю. В.* Педагогическая поддержка студентов с ограниченными возможностями здоровья в профессиональной подготовке: учебное пособие / Ю. В. Бессарабова. Краснодар: Изд-во Кубан. гос. ун-та, 2015. 105 с.

13. *Бодалев А. А.* Личность и общение / А. А. Бодалев. Москва: Педагогика, 1983. 271 с.

14. *Вайзман Н. П.* Психомоторика детей олигофренов / Н. П. Вайзман. Москва: Просвещение, 1976. 102 с.

15. *Витензон А. С.* Руководство по применению метода искусственной коррекции ходьбы и ритмических движений посредством программируемой электростимуляции мышц / А. С. Витензон, К. А. Петрушанская, Д. В. Скворцов. Москва: МБН, 2005. 284 с.

16. *Воеводина Е. В.* Восприятие феноменов социальной инноватики населением провинциальных городов (на примере Владимирской области) / Е. В. Воеводина, О. А. Мекка // Современные исследования социальных проблем. 2013. № 6 (26). С. 566–590.

17. *Воеводина Е. В.* Социальная адаптация студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям высшего учебного заведения: социологический анализ: автореферат диссертации ... кандидата социологических наук / Е. В. Воеводина. Москва, 2012. 24 с.

18. *Волкова И. П.* Индивидуально-типологические и личностные особенности лиц с глубокими нарушениями зрения как ресурсы и барьеры социальной адаптации и интеграции в современное общество / И. П. Волкова // XIII Царскосельские чтения «Высшая школа – инновационному развитию России»: Международная научная конференция, 21–22 апр., 2009 г. Санкт-Петербург: Изд-во Ленингр. гос. ун-та, 2009. С. 211–215.

19. *Волкова И. П.* Психология социальной адаптации и интеграции людей с глубокими нарушениями зрения: автореферат диссертации ... доктора психологических наук / И. П. Волкова. Санкт-Петербург, 2010. 43 с.

20. *Воронкова В. В.* Дифференцированный подход при обучении правописанию учащихся младших классов вспомогательной школы: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / В. В. Воронкова. Москва, 1972. 21 с.

21. *Выготский Л. С.* Мышление и речь: психика, сознание, бессознательное / Л. С. Выготский. Москва: Лабиринт, 2001. 368 с.

22. *Выготский Л. С.* Основы дефектологии: пособие для вузов / Л. С. Выготский. Санкт-Петербург: Лань, 2003. 656 с.

23. *Гальперин П. Я.* Введение в психологию / П. Я. Гальперин. Москва: Университет, 2000. 336 с.

24. Горская И. Ю. Базовые координационные способности школьников с различным уровнем здоровья: монография / И. Ю. Горская, Л. А. Сунгулова. Омск: Изд-во Сиб. гос. ун-та физ. культуры и спорта им. П. Ф. Лесгафта, 2000. 212 с.
25. Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация и ее роль в интеграции инвалидов в общество / Н. Ф. Дементьева // Развитие социальной реабилитации в России / под ред. А. Н. Дашкиной [и др.]. Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 2000. 176 с.
26. Демирчоглян Г. Г. Гимнастика для глаз / Г. Г. Демирчоглян. Москва: Физкультура и спорт, 1988. 30 с.
27. Дмитриев А. А. Коррекция двигательных нарушений у учащихся вспомогательных школ средствами физической культуры / А. А. Дмитриев. Красноярск: Изд-во Краснояр. гос. пед. ун-та, 1987. 152 с.
28. Дудкин Г. В. Медико-социальный потенциал инвалидного спорта: автореферат диссертации ... кандидата социологических наук / Г. В. Дудкин. Волгоград, 2006. 26 с.
29. Думбаев А. Е. Инвалид, общество и право / А. Е. Думбаев, Т. В. Попова. Алматы: Верена, 2006. 180 с.
30. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура в России – становление, развитие, перспективы / С. П. Евсеев // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2006. № 19. С. 15–21.
31. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи / С. П. Евсеев // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: учебное пособие. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та физ. культуры и спорта им. П. Ф. Лесгафта, 1996. С. 4–25.
32. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. Москва: Советский спорт, 2000. 240 с.
33. Егорова Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: учебное пособие / Т. В. Егорова. Балашов: Николаев, 2002. 80 с.
34. Журавлева А. И. Спортивная медицина и лечебная физкультура: руководство для врачей / А. И. Журавлева, Н. Д. Граевская. Москва: Медицина, 1993. 432 с.
35. Загвязинский В. И. Теория обучения и воспитания: учебник для бакалавров / В. И. Загвязинский, И. Н. Емельянова. Москва: Юрайт, 2012. 314 с.
36. Зайцев Д. В. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями / Д. В. Зайцев // Социологические исследования. 2004. № 1. С. 26–31.

37. *Иванов Е. С.* Направления психокоррекционной работы с аутичными детьми / Е. С. Иванов // Психолого-педагогические аспекты образования детей с отклонением в развитии: сборник. Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та печати, 2001. С. 166–167.

38. *Интеграция* детей с особенностями развития в образовательное пространство: сборник статей, методических материалов, нормативно-правовых документов / под ред. Л. М. Шипицыной. Москва: Ритм, 2006. 216 с.

39. *Кавокин С. Н.* Рынок труда инвалидов / С. Н. Кавокин // Человек и его здоровье: материалы Международного конгресса. Санкт-Петербург, 1997. С. 216–220.

40. *Катаева А. А.* Дошкольная олигофренопедагогика: учебник для студентов высших учебных заведений / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. Москва: ВЛАДОС, 2001. 208 с.

41. *Кетриш Е. В.* Адаптивная физическая культура как составная часть комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Е. В. Кетриш // Проблемы качества физкультурно-оздоровительной и здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: сборник статей 7-й Международной научно-практической конференции. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2017. С. 75–80.

42. *Кубякин Е. О.* Молодежный экстремизм в условиях глобализации информационно-коммуникационной среды общественной жизни: диссертация ... доктора социологических наук / Е. О. Кубякин. Краснодар, 2012. 351 с.

43. *Лаптев А. П.* Вспомогательные гигиенические средства, повышающие спортивную работоспособность и ускоряющие восстановление [Электронный ресурс] / А. П. Лаптев. Режим доступа: <http://big-archive.ru/medicine/hygiene/93.php>.

44. *Лапшин В. В.* Основы дефектологии / В. В. Лапшин, Б. П. Пузанов. Москва: Просвещение, 1990. 143 с.

45. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. Москва: Академия, 2003. 144 с.

46. *Левченко И. Ю.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. Москва: Академия, 2001. 192 с.

47. *Липский И. А.* Социальная педагогика. Методологический анализ: учебное пособие / И. А. Липский. Москва: Сфера, 2010. 320 с.

48. *Маллаев Д. М.* Игры для слепых и слабовидящих: организация и методика проведения / Д. М. Маллаев. Москва: Советский спорт, 1992. 94 с.
49. *Мастюкова Е. М.* Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. Москва: ВЛАДОС, 1997. 304 с.
50. *Мастюкова Е. М.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, В. И. Селиверстова. Москва: ВЛАДОС, 2003. 408 с.
51. *Меерсон Ф. З.* Физиология адаптационных процессов: руководство по физиологии / Ф. З. Меерсон. Москва: Наука, 1986. 635 с.
52. *Методические рекомендации по развитию адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с учетом лучших положительных практик субъектов Российской Федерации и международного опыта [Электронный ресурс].* Режим доступа: <http://www.minsport.gov.ru/metodrekomendac.doc>.
53. *Мирский С. Т.* Индивидуализация учебно-воспитательной работы во вспомогательной школе / С. Т. Мирский // Дефектология. 1986. № 1. С. 44–47.
54. *Мудрик А. В.* Социализация человека: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / А. В. Мудрик. Москва: Академия, 2004. 304 с.
55. *Нарзулаев С. Б.* Аспекты социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами физической культуры и спорта / С. Б. Нарзулаев, И. Н. Сафронова, Н. А. Петухов // Вестник Том. гос. пед. ун-та. 2012. № 5 (120). С. 154–160.
56. *Николаев Ю. М.* О системе социальных функций физической культуры / Ю. М. Николаев // Физическая культура и спорт. 1997. № 5. С. 45–67.
57. *О физической культуре и спорте в Российской Федерации [Электронный ресурс]:* Федеральный закон от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ. Режим доступа: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102118584>.
58. *Пономарев Н. И.* Физическая культура как элемент культуры общества и человека / Н. И. Пономарев. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та физ. культуры и спорта им. П. Ф. Лесгафта, 1996. 284 с.
59. *Порохов О. Ю.* Инновационные направления подготовки специалистов по адаптивной физической культуре в контексте индивидуализации образования / О. Ю. Порохов // Сибирский педагогический журнал. 2010. № 10. С. 274–279.

60. *Романов П. В.* Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова. Саратов: Научная книга, 2006. 260 с.

61. *Ростомашвили Л. Н.* Реализация программы ЛФК для младших школьников с тяжелой патологией зрения: учебно-методическое пособие / Л. Н. Ростомашвили; под ред. В. А. Феоктистовой, С. П. Евсеева. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та физ. культуры и спорта им. П. Ф. Лесгафта, 1997. 92 с.

62. *Рубцова Я. О.* К проблеме формирования инфраструктуры системы физической культуры и спорта для инвалидов / Я. О. Рубцова // Теория и практика физической культуры. 1998. № 1. С. 16–18.

63. *Самоукова С. А.* Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья в учреждении дополнительного образования / С. А. Самоукова // Концепт. 2016. Т. 46. С. 338–342.

64. *Селуянов В. И.* Технология оздоровительной физической культуры / В. И. Селуянов. Москва: Дивизион, 2009. 191 с.

65. *Семенов Л. А.* Коррекция отклонений в кондиционной физической подготовленности школьников на основе мониторинга / Л. А. Семенов. Москва: Советский спорт, 2013. 100 с.

66. *Скворцов Д. В.* Клинический анализ движений, анализ походки / Д. В. Скворцов. Москва: Стимул, 1996. 344 с.

67. *Смирнов В. И.* Общая педагогика в тезисах, дефинициях, иллюстрациях / В. И. Смирнов. Москва: Педагогическое общество России, 1999. 416 с.

68. *Солнцева Л. И.* Психолого-педагогические основы обучения слепых детей ориентированию в пространстве и мобильности / Л. И. Солнцева, Л. А. Семенов. Москва: ВОС, 1989. 129 с.

69. *Специальная педагогика: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / под ред. Н. М. Назаровой.* Москва: Академия, 2000. 400 с.

70. *Страковская В. Л.* Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей / В. Л. Страковская. Москва: Медицина, 1973. 183 с.

71. *Строганова Н. А.* Адаптивная физическая культура в системе комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов / Н. А. Строганова // Теория и практика общественного развития. 2012. № 2. С. 169–171.

72. *Теория и методика физической культуры: учебное пособие / под ред. Ю. В. Курамшина.* Москва: Советский спорт, 2010. 464 с.

73. *Теория и организация адаптивной физической культуры*: учебник: в 2 томах / под общ. ред. С. П. Евсеева. Москва: Советский спорт, 2005. Т. 1: Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры. 296 с.

74. *Теория и организация адаптивной физической культуры*: учебник: в 2 томах / под общ. ред. С. П. Евсеева. Москва: Советский спорт, 2005. Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. 448 с.

75. *Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре*: учебное пособие / О. Э. Аксенова [и др.]; под ред. С. П. Евсеева. Москва: Советский спорт, 2004. 296 с.

76. *Ткаченко В. С. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов*: учебное пособие / В. С. Ткаченко. Москва: Дашков и К^о, 2010. 381 с.

77. *Третьякова Н. В. Лечебная физическая культура и массаж*: учебное пособие / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2013. 393 с.

78. *Третьякова Н. В. Теория и методика оздоровительной физической культуры*: учебное пособие / Н. В. Третьякова, Т. В. Андрюхина, Е. В. Кетриш; под общ. ред. Н. В. Третьяковой. Москва: Спорт, 2016. 280 с.

79. *Федорова О. А. Основные подходы к проблеме социальной интеграции инвалидов в современном обществе [Электронный ресурс]* / О. А. Федорова // *Современные проблемы науки*. 2013. № 1. Режим доступа: science.esrae.ru/195-886.

80. *Физическая реабилитация*: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / под общ. ред. С. Н. Попова. 3-е изд. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. 608 с.

81. *Фонарев А. М. Развитие ориентировочных реакций у детей* / А. М. Фонарев. Москва: Педагогика, 1977. 87 с.

82. *Холодов Ж. К. Теория и методика физического воспитания и спорта*: учебное пособие / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов. Москва: Академия, 2009. 480 с.

83. *Частные методики адаптивной физической культуры*: учебное пособие / под ред. Л. В. Шапковой. Москва: Советский спорт, 2003. 464 с.

84. *Чесноков Н. Н.* Компетентность специалиста по адаптивной физической культуре / Н. Н. Чесноков, В. Ф. Чеснокова // Высшее образование в России. 2009. № 3. С. 87–92.

85. *Шипицына Л. М.* Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения: учебник для вузов / Л. М. Шипицына, И. А. Вартамян. Москва: Академия, 2008. 430 с.

86. *Щетинина С. Ю.* Феномен физической культуры и спорта в социализации личности / С. Ю. Щетинина // Анатомия личности. 2011. № 2 (4). С. 40–45.

87. *Яковлева А. А.* Личностные ресурсы и затруднения в социальной интеграции инвалидов по зрению молодого возраста / А. А. Яковлева // Второй молодежный психолого-социальный конгресс: материалы, Санкт-Петербург, 14–15 мая 2009 г. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. ин-та психологии и социальной работы, 2009. С. 167–170.

88. *Яковлева А. А.* Ценностно-смысловые установки как фактор социальной интеграции инвалидов по зрению: автореферат диссертации ... кандидата психологических наук / А. А. Яковлева. Санкт-Петербург, 2009. 23 с.

89. *Ярская-Смирнова Е. Р.* Высшее образование инвалидов: политика и опыт / Е. Р. Ярская-Смирнова, П. В. Романов // Высшее образование в России. 2004. № 7. С. 38–50.

90. *Ярская-Смирнова Е. Р.* Социальная работа с инвалидами: учебное пособие для вузов по направлению и специальности «Социальная работа» / Е. Р. Ярская-Смирнова, Э. К. Наберушкина. 2-е изд., перераб. и доп. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 316 с.

91. *Ярская-Смирнова Е. Р.* Социокультурный анализ нетипичности / Е. Р. Ярская-Смирнова. Саратов: Изд-во Саратов. техн. ун-та, 1997. 272 с.

92. *Special Education. Inclusion* [Electronic resource] // Uniting educators. Moving education forward: Wisconsin education association council. Access mode: <http://www.weac.org>.