

ОРГАНИЗАЦИЯ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ООП

ТОКАЕВА Т.Э.

ОРГАНИЗАЦИЯ АФК

«Обращаясь к проблеме мозгового обеспечения единого онтогенетического процесса, отметим, что мозг ... это не только правое и левое полушарие, мозолистое тело, их связывающие подкорковые образования. Это и периферическая нервная система, обеспечивающая непрерывный диалог головного мозга со всем телом. И различные нейрофизиологические, нейрохимические, нейроэндокринные системы, каждая из которых вносит свой специфический вклад в актуализацию любой психической функции. Эти разнонаправленные процессы в определенный период синхронизируются, чтобы создать в совокупности целостный ансамбль психической деятельности, способный адекватно отреагировать на требования окружающего мира»

Семенович А.В

ЦЕЛЬ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Формирование физической культуры личности, то есть той стороны общей культуры человека, которая помогает реализовать его биологический и духовный потенциал.

Физическое воспитание, понимаем мы это или нет, начинается с первых же дней после рождения нового человека

ОСОБЕННОСТИ АФК ДЕТЕЙ С ООП

Физическое воспитание детей с нарушениями в развитии должно быть организовано с учетом патологических процессов, развивающихся в результате нарушений психофизического развития с одной стороны, разрушающих целостность и естественность функционирования ребенка, с другой;

вызывающих у детей с проблемами в развитии комплекс психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью, или наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РОСТА И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ .

- неравномерность темпа роста и развития,**
- неодновременность (гетерохронность) роста и развития и развития отдельных органов и систем,**
- обусловленность роста и развития полом,**
- биологическая надежность функционирования систем организма,**
- обусловленность процессов структурой дефекта и степенью его выраженности,**
- обусловленность процессов как генетическими, так и средовыми факторами,**
- периодичность в изменении ростовых процессов (акселерация, децелерация, секулярный тренд).**

СТРУКТУРОЙ ДЕФЕКТА И СТЕПЕНЬЮ ЕГО ВЫРАЖЕННОСТИ

Двигательное нарушение – это существенный признак несформированности двигательной сферы, которая может проявляться ограничением объема и силы движений, нарушением темпа и ритма, недостатками координации, наличием синкинезий и т. п.

Механизмы снижения вышеперечисленных двигательных нарушений можно проследить в теории многоуровневого построения движений, разработанной Н.А. Бернштейном. Она занимает полноценное место среди различных физиологических классификаций движений, так как позволяет разложить сложный длительный акт на составные компоненты и выявить состояние церебральных уровней, их роль в регуляции движений и действий.

**ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ,
ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ (Л.С.
СЕКОВЕЦ, Б.В.СЕРМЕЕВ, М.И.ЗЕМЦОВА, М.Н.
ИВАНОВА, Е.Б.ЧЕРНОБЫЛЬСКАЯ, Л.М.
РАСТОМАШВИЛИ И ДР.)**

Снижение двигательной активности, нарушение формирования двигательных автоматизмов.

такие вторичные отклонения, как нарушения осанки, плоскостопие, искривление позвоночника (лордозы, сколиозы), иногда нарушения всей схемы тела.

решающее значение в коррекции недостатков играет социально-направленное обучение, специальное физическое воспитание, детей имеющих нарушение развития, общение их с нормальными сверстниками.

Те дети, которые, несмотря на имеющиеся дефекты, сохраняют возможность двигаться, участвуют в коллективных играх и, как правило, не страдают вторичными нарушениями двигательной сферы.

АФК ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

слабовидящие дети нуждаются в занятиях физическими упражнениями даже в большей мере, чем здоровые дети, и начинать их следует с самого раннего возраста.

Иначе будет упущено время активного педагогического вмешательства в целях своевременного обеспечения коррекции и компенсации нарушенных функций

АФК ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

программа занятий с детьми имеющих депривацию зрения должна носить ярко выраженный оздоровительный характер, а также направлена на профилактику вторичных нарушений и также на сохранение остаточного зрения.

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ СЛУХА Г.В.ТРОФИМОВОЙ, А.А.КОРЖОВА, Л. Д.ХОДА, РОСТОМАШВИЛИ

Дети имеют отставание в физическом развитии

даже несложные физические упражнения часто трудны детям. Большие затруднения испытывают глухие и слабослышащие дети, не умеющие пользоваться остаточным слухом, у них физическое развитие и сроки автоматизации двигательных навыков значительно отстают от слышащих.

Особые трудности испытывают дети, после кохлеарной имплантации, которым требуется восстановление и развитие двигательной функции с учетом новых возможностей.

Так Л.Д.Хода считает, что в комплексной реабилитации глухих детей дошкольного возраста, реабилитация должна занимать одно из главных направлений.

Многие исследователи отмечают, что глухих и слабослышащих детей имеются нарушения равновесия, ориентировки в пространстве, существенно замедлена автоматизация навыков жизненно-важных движений.

АФК ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

у многих детей обнаружено нарушения осанки, уплощение стоп и плоскостопие, поэтому развитие функции равновесия, повышение двигательной активности и формирование экскавированности стопы являются важными задачами.

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИМИ ТЯЖЕЛЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ (ТНР)

**С.А.Миронова, А.А.Потапчук Г.А.Волкова, В.Б.Галкина, Н.
Ю.Хомутова, Х.П.Нищева**

значительные задержки моторного развития, на низком уровне развития находится чувство ритма, темпа, нарушены пространственные представления и координация движений.

У детей с нарушениями речи снижены показатели развития не только крупной, но и мелкой моторики

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Особого внимания требуют дети с заиканием, так как они находятся на охранительном режиме.

Учебный год этих детей делится на 6 этапов, включающих режим молчания, режим шепотной речи, режим сопряженной речи, режим отраженной речи, режим вопросно-ответной речи, режим самостоятельной речи.

Физкультурные занятия в таких группах должны учитывать все речевые режимы и проводятся, начиная с режима шепотной речи, пропуская режим молчания.

Занятия строятся таким образом. Чтобы большая часть упражнений выполнялась лежа на полу. Используются игры малой подвижности. Большой объем занимают упражнения на психомышечное расслабление.

В период автоматизации звуков уделяется повышенное внимание индивидуальным занятиям физкультурой каждого ребенка. С переходом на режим сопряженной речи деятельность детей на физкультурных занятиях становится более активной

**в работе с детьми, имеющими нарушения речи
целенаправленно использовать логоритмические занятия**

ИНТЕЛЛЕКТА ОРГАНИЗУЕТСЯ С УЧЕТОМ ОТКЛОНЕНИЙ НЕ ТОЛЬКО В ПСИХИЧЕСКОМ, НО И В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ.

В исследованиях А.П.Зарин, Е.Л.Ложко, Е.Ф.Войлоковой - чем глубже нарушения интеллекта, тем сильнее проявляются нарушения в физическом развитии

Недостатки координации наблюдаются в прыжковых движениях.

Особые трудности дети с интеллектуальными нарушениями испытывают при освоении сложнокоординированных движений.

У этих детей затруднена деятельность по подражанию. Наблюдается нечеткость движений. Они не выдерживают заданной амплитуды, угол наклона, движения выполняются с несоразмерным мышечным напряжением (О.П.Гаврилушкина, Н.Д.Соколова, М.А.Калугин и др.)

В книге «Лечебная педагогика» Н.П.Вайзман обращает внимание на своеобразие психомоторики умственно отсталых детей.

Парадоксальность двигательных проявлений заключается в том, что развитие высоких уровней деятельности сочетается с резким недоразвитием более простых форм движений. Например, ребенок может переплыть и реку. Играть на балалайке, но не умеет сам одеваться.

В этой связи, в физкультурные занятия необходимо включать не только общеразвивающие упражнения, подвижные игры и игровые упражнения, но также коррегирующие упражнения, способствующие развитию дыхания, совершенствованию ходьбы, бега, прыжков, равновесия, и развития координации движений, ритма, и пространственной организации движений.

А.П.Зарин, Е.Л.Ложко, Г.А.Макеев, Н.А.Фомина и др. отмечают, что дети дошкольного возраста с нарушением интеллекта также, как и их типично развивающиеся сверстники, эмоционально отзывчивы на музыку и предлагают вводить музыкально игровые занятия.

А.Н.Старкина показано, что у детей с нарушением интеллекта снижена субъективная переносимость нагрузок, дети прекращают выполнять физические упражнения при слабой выраженности внешних признаков утомления. Стимулировать интерес к выполнению упражнений возможно в разных упражнениях, при непосредственном участии педагога.

СОМАТОГЕННОГО, ПСИХОГЕННОГО И ЦЕРЕБРАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Применять лечебные и профилактические мероприятия.

В связи с тем, что функциональная недостаточность головного мозга (минимальная мозговая дисфункция) проявляется не только в замедлении темпа психофизического развития, но и при психоневрологических и соматических расстройствах.

Поэтому особое внимание нужно уделять развитию произвольности и работоспособности при выполнении физических упражнений.

АППАРАТ ЗАВИСИТ ОТ КОНТИНГЕНТА ДЕТЕЙ, КРАЙНЕ РАЗНОРОДНЫХ ПО СВОЕМУ БАЗОВОМУ ДЕФЕКТУ.

**Е.М.Мастюковой, О.Г.Приходько, Н.Н.Ефименко, А.В.
Коротковой, А.А.Наумова**

По этиопатологии проблема нарушений опорно-двигательного аппарата имеет разные основы: поражение корковых отделов мозга (центрального двигательного нейрона), поражение периферического двигательного нейрона, поражение крестцового отдела при миелодисплазии, хондродистрофии и хондроневрозы при генетических заболеваниях при синдромах Дюшена, Вердинга - Гофмана и т.д. Уровень двигательного развития зависит от уровня двигательного статуса и сохранности интеллекта

ВЫДЕЛЯЮТСЯ ЧЕТЫРЕ УРОВНЯ:

0 уровень - Ребенок не в состоянии самостоятельно удерживать позу сидя, стоя, поворачиваться в положении лёжа, ползать, плохо удерживает голову. Активные движения верхних конечностей сохранены в минимальном объёме. Сохраняется влияние тонических рефлексов (всех или большинства).

I уровень - Ребенок передвигается с посторонней помощью (подуровень *Ia*), или с опорой на ходунки (подуровень *Iб*). Самообслуживание минимальное, способен удерживать голову, сидеть с сохранением дефектной позы с дополнительной опорой. В положении стоя позу не удерживает. Сохранятся влияние всех или части тонических рефлексов.

II уровень -Ребенок передвигается с опорой на костыли или трости (подуровень *IIa*) или без опоры на незначительные расстояния (подуровень *IIб*). Характерно наличие гиперкинезов, атаксий. Имеется незначительное ограничение самообслуживания за счёт патологических установок в суставах верхних конечностей, способен сидеть с сохранением дефектной позы, может долго стоять с дополнительной поддержкой.

III уровень -Характеризуется дефектной ходьбой на короткие расстояния без дополнительной опоры (подуровень *IIIa*) или на значительные расстояния (подуровень *IIIб*). Локомоторная функция рук не нарушена, однако затруднена мелкая моторика кисти. Сохраняются патологические синергии

Нарушение сенсорных систем усугубляют двигательный статус этих детей. У большинства детей с НОДА наблюдаются проявления резидуальной органической недостаточности, гидроцефальный, цереброорганический синдромы, ЗПР, психатоподобный синдром, астенический синдром, нарушение организации мыслительной деятельности, а также фрагментарность знаний и представлений об окружающем мире и др., сочетание этих нарушений являются базовыми в структуре дефекта и определяют возможности освоения программы физического воспитания.

Т.Н.Тимофеева, А.А.Наумов указывают на то, что невозможно применять к детям традиционные методы и приемы обучения физическим упражнениям, требуются иные методические основы, связанные с коррекцией двигательной патологии. Причем как отмечают Л.М. Шипицына, Е.М. Мастюкова, О.Г.Приходько раннее физическое воспитание ребенка с НОДА, включающее коррекцию нервно-психического развития, лечение и специальное обучение будет способствовать предупреждению тяжелой инвалидности и последующей адаптации и интеграции в сообщество людей, формированию чувства человеческого достоинства.





