



Коррекционно-воспитательная работа
с воспитанниками с ограниченными
возможностями здоровья

● **План**

- Объект, предмет и задачи курса коррекционной педагогики.
- Взаимосвязь коррекционной педагогики с другими отраслями знаний.
- Становление и развитие коррекционной педагогики как науки.
- Психолого-педагогическая сущность коррекционно-педагогической деятельности.

Как научное понятие коррекционная педагогика в современной педагогической науке обрела официальный статус совсем недавно. Понятие «коррекционная педагогика» стоит наряду с такими понятиями, как «специальная педагогика», «специальная психология», «лечебная педагогика», «реабилитационная педагогика». Ранее существовало понятие «дефектология». Сейчас коррекционная педагогика заменяет данный термин.

Коррекционная педагогика - это область специальных психологопедагогических знаний о сущности и закономерностях образования и воспитания детей и подростков, имеющих нерезко выраженные недостатки в развитии психики и отклонения в поведении.

Цель коррекционной педагогики - выявление и преодоление (исправление) недостатков в развитии личности ребенка, помощь ему в успешном освоении картины мира и адекватной интеграции в социум.

- **Объект коррекционной педагогики** - личность ребенка, имеющего незначительные отклонения в психофизиологическом развитии (сенсорно-двигательной, соматической, интеллектуально-речевой сферах) или отклонения в поведении, затрудняющие его адекватную социализацию и школьную адаптацию.
- **Предмет коррекционной педагогики** - процесс дифференциации обучения, воспитания и развития детей с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, определение наиболее результативных путей, способов и средств, направленных на своевременное выявление, предупреждение и преодоление отклонений в развитии и поведении у данных детей и подростков.

Задачи коррекционной педагогики:

1. Изучить историю становления и развития коррекционно-педагогической деятельности с детьми с недостатками в психофизическом развитии и девиациями в поведении.
2. Выявить ведущие тенденции в предупреждении и преодолении отклонений в развитии и поведении детей и подростков, этиологию (причинно-следственную обусловленность) психофизиологического развития и социально-педагогических условий жизнедеятельности ребенка

3. Разработать технологии, совокупность методов, приемов и средств коррекционно-педагогического воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонениями в поведении.
4. Провести анализ общего и специального образования детей с недостатками в развитии и поведении в условиях массовой школы.
5. Определить цели, задачи и основные направления деятельности специальных, коррекционно-развивающих учреждений и центров социальной защиты и реабилитации детей и подростков.

6. Создать необходимую учебно-методическую базу в подготовке учителя к коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с недостатками в психофизиологическом развитии и девиациями в поведении.

- **Коррекционная педагогика** связана со всем блоком психолого педагогических и специальных дисциплин (общей педагогикой, общей психологией), различными отраслями специальной педагогики (тифло-, сурдо-, олигофренопедагогикой, логопедией и др.), философией, социальной педагогикой, социальной психологией, социологией; рядом медицинских наук (педиатрией, психопатологией, психотерапией, детской психиатрией, невропатологией, патофизиологией, иммунологией, офтальмологией, отоларингологией и др.)

Дефектологическая наука и коррекционно-педагогическая практика имеют богатый исторический опыт. За годы изучения аномальных детей, выявления природы и сущности их отклонений, организации коррекционной работы с ними сформировалась стройная система научных знаний об аномальных детях и истории развития специальных образовательных учреждений для детей с недостатками в развитии и поведении.

Коррекционная педагогика имеет четыре самостоятельных и взаимосвязанных аспекта:

- **медико-клинический**
- **психологический**
- **педагогический**
- **социологический.**

- **Медико-клинический аспект** раскрывает вопросы этиологии нарушений развития, анатомо-физиологические отклонения и симптомы, исследует способы клинического диагностирования дефектов, подходы к его классификации.
- **Психологический аспект** устанавливает картину психических аномалий, раскрывает своеобразие интеллектуальной, эмоциональной сферы у детей с разнообразными психическими отклонениями, определяет симптомы отдельных форм того или иного дефекта.

- **Педагогический аспект** рассматривает проблемы обучаемости детей с отклонениями в развитии и поведении, определяет принципы, методы и приемы педагогической коррекции дефекта.
- **Социологический аспект** анализирует проблему с точки зрения социальной оценки существующего явления, зависимости ее от социально-экономических условий, социально-педагогических причин, влияния на нее характера и условий развития общества.

Психолого-педагогическая сущность коррекционно-педагогической деятельности

- **Коррекционно-педагогическая деятельность - это сложное психофизиологическое и социально-педагогическое явление, охватывающее весь образовательный процесс (обучение, воспитание и развитие), выступающий как единая педагогическая система, куда входят объект и субъект педагогической деятельности, ее целевой, содержательный, операционно-деятельностный и оценочно-результативный компоненты.**

Принципы коррекционно-педагогической деятельности

Общепедагогические принципы:

- принцип целенаправленности педагогического процесса;
- принцип целостности и системности педагогического процесса;
- принцип гуманистической направленности педагогического процесса;
- принцип уважения к личности ребенка в сочетании с разумной требовательностью к нему;
- принцип опоры на положительное в человеке;
- принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе;
- принцип сочетания прямых и параллельных педагогических действий

Принципы специальной коррекционно-педагогической деятельности:

- принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- принцип единства диагностики и коррекции;
- принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
- деятельностный принцип коррекции;
- принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;
- принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения;

Ведущие *направления* коррекционно-педагогической деятельности:

- коррекционное воздействие на ребенка средовыми факторами (природными, социальными), т.е. «терапия средой»;
- организация учебного процесса (его коррекционная направленность);
- специальный подбор культурно-массовых и оздоровительных мероприятий;
- психогигиена семейного воспитания.

- **Содержание** коррекционно-педагогической деятельности:
- совершенствование достижений сенсомоторного развития;
- коррекция отдельных сторон психической деятельности;
- развитие основных мыслительных процессов;
- развитие различных видов мышления;
- коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы;
- развитие речи, овладение техникой речи;
- расширение представлений об окружающем мире и обогащение словаря;
- коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей и подростков

Дети с ограниченными возможностями - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь.

По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, к основным категориям аномальных детей относятся:

- Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- Дети с нарушением речи (логопаты);
- Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- Дети с умственной отсталостью;
- Дети с задержкой психического развития;
- Дети с нарушением поведения и общения;
- Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

● **I группа – Дети с сенсорными нарушениями**

а) Дети с недостатками слуха:

- глухие;

● - позднооглохшие;

- слабослышащие

б) Дети со стойкими дефектами зрения

- слепые;

- слабовидящие

- **II группа – дети с нарушениями интеллекта:**
 - олигофрения;
 - деменция;
 - задержка психического развития
- **III группа – дети с тяжелыми нарушениями речи (логопаты).**
 - нарушения устной речи;
 - нарушения письменной речи.

- **IV группа – дети с нарушениями опорно-двигательной аппарата**
- (в основном это дети с ДЦП).
- **V группа – дети со смешанным (сложным, комбинированным) дефектом:**
(например: умственно отсталые глухие (слепые), слепоглухонемые, ДЦП с ЗПР и т.д.)
- **VI группа – относятся дети с искаженным развитием**
- (ранний детский аутизм, психопатия, патология влечений)

Большое распространение получает интегрированное и инклюзивное воспитание детей с отклонениями в условиях специальной группы в массовом детском саду и среди сверстников в обычной группе.

Даже дети со значительными нарушениями могут быть интегрированы по 2-3 человека в обычную группу, но при этом им требуется не только индивидуальный подход, но и специальное обучение.

Причины возникновения нарушений в развитии и поведении.

- Выделяют две основные группы причин, которые приводят к нарушениям психического и физического развития
эндогенные (генетические);
экзогенные (факторы среды).

К эндогенным причинам относятся:

различные наследственные заболевания (синдром Дауна, полисомия X-хромосомы, синдром Тернера и т.п.)

Экзогенные причины:

в пренатальный (внутриутробный) период:
хронические заболевания родителей; инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности, интоксикации (никотиновые, алкогольные, наркотические и едкими летучими веществами); гипоксия плода, много- и маловодие, тяжелые токсикозы, особенно третьего триместра беременности (гестоз), недостаток питания матери во время беременности; резус-конфликт; травмы; облучение и т. п.;

- в натальный (родовой) период: родовые травмы; инфицирование плода; асфиксия – удушье плода; в постнатальный период (после рождения): тяжелые инфекционные заболевания в раннем периоде детства; различные травмы; интоксикации (алкогольные, наркотические, никотиновые и др);
- **Причинами отклонений в развитии** могут быть неблагоприятные условия социальной среды, которые оказывают травмирующее влияние на психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

Среди детей с отклонениями в поведении выделяют педагогически запущенных детей, которые характеризуются отклонениями в нравственном развитии, наличием закрепленных отрицательных форм поведения, недисциплинированностью.

Олигофрения

Олигофрения с одной стороны – врожденное или рано приобретенное слабоумие, выражающееся в недоразвитии интеллекта и психики в целом. Олигофрения - не прогрессивный (не прогрессирующий) процесс. Степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам. Олигофрения нередко сопровождается пороками физического развития;

С другой – это наследственное заболевание обмена веществ, обусловленное дефицитом одного из ферментов обмена фенилаланина, сопровождающееся нарушением гидроксилирования аминокислоты фенилаланина в тирозин. В результате в организме больного ребёнка происходит постепенное накопление фенилаланина и его метаболитов, оказывающих токсическое действие на ЦНС с дальнейшей задержкой психического развития.

Причины олигофрении:

- наследственные факторы, в том числе патология генеративных клеток родителей (к этой группе олигофрении относятся болезнь Дауна, истинная микроцефалия, энзимопатические формы);
- внутриутробное поражение зародыша и плода, вредные факторы перинатального периода (гормональные нарушения, краснуха и другие вирусные инфекции, врождённый сифилис, токсоплазмоз и др., асфиксия и гипоксия плода, иммунологическая несовместимость крови матери и плода — конфликт по резус-фактору, врождённая гидроцефалия.);
- вредные факторы первых 3 лет жизни (асфиксия и гипоксия новорождённого, родовая травма, травмы головы в раннем детстве, детские инфекции и др.).



- Олигофрения характеризуется **тотальностью** (недоразвиты оказываются все нервно–психические процессы) и **иерархичностью** дефекта (в большей степени наблюдаются нарушения подвижности внутренних процессов в интеллектуально–речевой сфере и в меньше степени — в сенсомоторной).
- Интеллектуальный дефект при олигофрении может иметь различную степень тяжести, в соответствии с которой выделяют три группы: **идиотию, имбицильность и дебильность.**

Идиотия

- **Идиотия — IQ не больше 20.**

Самое тяжелое слабоумие практически с полным отсутствием речи и мышления. Восприятия, неполноценны, внимание отсутствует или крайне неустойчиво. Эмоциональная жизнь исчерпывается примитивными реакциями удовольствия и неудовольствия.

У одних преобладают злобно-гневливые вспышки, у других - вялость и безразличие ко всему окружающему.

Речь ограничивается звуками, отдельными словами; больные не понимают обращенную к ним речь. Дети, страдающие идиотией, не овладевают статическими и локомоторными навыками (связи с чем многие из них не умеют самостоятельно стоять и ходить) или приобретают их с большим опозданием.

- Нередко они не могут жевать и проглатывают пищу непрожеванной, некоторые из них могут питаться только жидкой пищей.
- Человек не развивается выше уровня трехлетнего ребенка. Такие больные совсем неспособны к пониманию и выполнению требований, правил, инструкций. Им присущи грубые нарушения в двигательной сфере.
- Часто случается недержание мочи и кала. Могут быть тяжелые неврологические нарушения. Причины идиотии в основном органические, то есть генетические, наследственные, хотя иногда это состояние возникает после очень тяжелых травм головного мозга. **Идиоты необучаемы.**

Имбецильность

- Имбецильность — IQ = 20–45.
- Средняя степень слабоумия. Речь у имбецилов развита больше, чем при идиотии, однако они практически необучаемы, нетрудоспособны, им доступны лишь элементарные акты самообслуживания.
- Они могут произносить несложные фразы. Развитие статических и локомоторных функций происходит с большой задержкой, больные осваивают навыки самообслуживания, например самостоятельно едят.
- Эмоции имбецилов более дифференцированы, они привязаны к родным, адекватно реагируют на похвалу или порицание. Им доступны несложные обобщения, они обладают некоторым запасом сведений, формально ориентируются в привычной житейской обстановке.

- Некоторые имбецилы в состоянии овладеть порядковым счетом, знают буквы, усваивают простые трудовые процессы (уборка, стирка, мытье посуды, отдельные элементарные производственные функции). При этом выявляются крайняя несамостоятельность, плохая переключаемость.
- Вот такому ребенку навыки самообслуживания даются уже с очень большим трудом. Он плохо осваивает даже самые простые движения, не всегда понимает речь.

- Мышление имбецилов примитивно, они лишены инициативы, инертны, внушаемы, легко теряются при изменении обстановки, нуждаются в постоянном надзоре и уходе.
- В детстве и подростковом возрасте обязательно нуждается в специальном педагогическом внимании и обучении.
- В зрелом возрасте люди, страдающие имбецильностью, требуют за собой серьезного надзора. Некоторые имбецилы **частично обучаемы.**

Дебильность

- Дебильность — IQ = 45–70.
- Легкая степень слабоумия. Дебилы способны к обучению, овладению несложными трудовыми процессами, в известных пределах возможно их социальное приспособление.
- Дебилы в отличие от имбецилов нередко обладают довольно развитой речью, в которой, однако, выражены подражательные особенности, пустые обороты. В поведении они более адекватны и самостоятельны, что в какой-то мере маскирует слабость мышления.

- Дебилы обучаемы в школе, при этом обнаруживаются медлительность и инертность, отсутствие инициативы и самостоятельности. Они овладевают преимущественно конкретными знаниями, усвоение теории им не удастся.
- При этой степени умственной отсталости ребенок в состоянии достигнуть полной независимости в уходе за собой, приобретает навыки домашней работы. Основные затруднения начнутся в школе: такие дети не в состоянии успешно учиться по программе, предусмотренной для здоровых детей.

- Они могут научиться читать, писать и считать. Они в состоянии освоить какое-то простое ремесло и выполнять несложную работу.
- Некоторым дебилам при задержке общего психического развития и малой продуктивности мышления свойственна **частичная одаренность** (отличная механическая или зрительная память, способность производить в уме сложные арифметические операции и др.). Среди дебилов различают эретичных (возбудимых), вялых апатичных, злобно-упрямых, мстительных и торпидных (заторможенных). **Обучаются в школе VIII вида.**

Лечение олигофрении

- Зависит от ее причины и носит чисто симптоматический характер (можно облегчить симптомы). Для улучшения обменных процессов назначают специальные препараты, проводят витаминотерапию. Для снижения внутричерепного давления так же назначают специальные препараты.
- При сильной заторможенности применяют стимуляторы (женьшень, китайский лимонник, алоэ и т.д.). При возбуждении назначают нейролептики, при наличии припадков — противосудорожные средства.
- Большое значение имеют коррекционные лечебно-педагогические мероприятия (олигофренопедагогика), в т. ч. обучение умственно отсталых детей и подростков в специализированных учреждениях (например, вспомогательных школах, интернатах, специальных образовательных учреждениях начального профессионального образования).

Классификация нарушений опорно-двигательного аппарата

Отмечают различные виды патологии опорно-двигательного аппарата.

- **Заболевания нервной системы:**
- Детский церебральный паралич
- Полиомиелит
- **Врожденная патология опорно - двигательного аппарата:**
- Врожденный вывих бедра
- Кривошея
- Косолапость и другие деформации стоп
- Аномалии развития позвоночника (сколиоз)
- Недоразвитие и дефекты конечностей
- Аномалии развития пальцев кисти
- Артрогрипоз (врожденное уродство)

- Приобретенные заболевания и повреждения опорно – двигательного аппарата:
- Травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей
- Полиартрит
- Заболевание скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит)
- Системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит)

Детский церебральный паралич

- Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, связанное с поражением формирующегося головного мозга в период внутриутробного развития, в родах, в ранний постнатальный период.

● Причины ДЦП

- Причины данного заболевания многообразна - на сегодняшний день известно свыше 400 вредных факторов.
- Особенно опасными считаются:
- Наследственные генетические факторы. Все нарушения, которые есть в генетическом аппарате родителей, могут действительно проявиться в виде ДЦП у ребенка.

- Ишемия (нарушение кровоснабжения) или гипоксия (недостаток кислорода) мозга плода. Это кислородный фактор, нехватка кислорода мозгу ребенка. И то, и другое может возникнуть во время беременности либо же в родах в результате различных сосудистых нарушений и кровоизлияний.
- Фактор инфекционный, то есть микробный. Наличие у ребенка в первые дни и первые недели или месяцы жизни таких заболеваний, как менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, арахноидит, протекающих с высокой температурой, тяжелым общим состоянием ребенка, с плохими анализами крови или спинномозговой жидкости, с обнаружением конкретных микробов – возбудителей инфекционного заболевания.

- Действия токсических (отравляющих) факторов, ядовитых препаратов на организм будущего человека. Это чаще всего прием женщиной сильнодействующих лекарственных средств во время беременности, работа беременной женщины во вредных производственных условиях, на химических производствах, в контактах с радиационными или химическими веществами.
- Физический фактор. Воздействие на плод высокочастотных электромагнитных полей. Облучение, в том числе рентгеновское, радиационное излучение и другие физические неблагоприятные факторы.
- Механический фактор – родовая травма, травма перед родами или вскоре после них.

Последствия ДЦП

- Характерными особенностями церебрального паралича являются нарушения двигательной активности, особенно подвергается поражению мышечная сфера - происходит нарушение координации движений.
- В зависимости от степени и расположения участков поражения мозга, могут иметь место одна или несколько форм мышечной патологии - напряженность мышц или спастика; непроизвольные движения; нарушение походки и степени мобильности.

Так же могут встречаться следующие патологические явления - аномальность ощущения и восприятия; снижение зрения, слуха и ухудшение речи; эпилепсия; задержка психического развития.

Другие проблемы: трудности при приеме пищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника, проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежни и трудности с обучением.

ДЦП относят к тяжелым заболеваниям ЦНС, при котором, особенно страдают мозговые структуры, ответственные за произвольные движения.

При ДЦП формируются устойчивые порочные позы и движения, меняется осанка, возникают контрактуры и деформации ОДА и другие нарушения. Типична повышенная эмоциональная возбудимость, инертность психики и т. п.

ДЦП изучается с 1853 года (хирург-ортопед Литтл). За это время предложено несколько классификаций данного заболевания. В соответствии с классификацией выделяют 5 клинических форм детского церебрального паралича.

Для всех форм характерны двигательные нарушения рефлекторного характера. Движения возможны, но они не управляются ребенком: присутствуют компенсаторные движения и порочный двигательный стереотип, нарушена координация, повышен тонус мышц

Структура двигательного дефекта при ДЦП

- Нарушения мышечного тонуса.
- Мышечный тонус условно называют рефлексом - ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.
- Часто при детском параличе наблюдается повышение мышечного тонуса – **спастичность**. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение.



- При **регидности** мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия.
- При **гипотонии** (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объем пассивных движений значительно больше нормального.
- **Дистония** - меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в том случае отличается непостоянством, изменчивостью.



- 2. **Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи)**
- В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется *центральным параличом*, а ограничение объема движений – *центральным парезом*.
- Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы.

● 3. Наличие насильственных движений.

- Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменами тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений.
- Они всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей, туловища.
- Тремор - дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах.

● 4. Нарушения равновесия и координации

- В тяжелых случаях ребенок не может даже сидеть стоять без поддержки.
- Отмечается неустойчивость походки:
- Ходят на широко расставленных ногах
- Пошатываясь
- Отклоняясь в сторону
- Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватывать предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор.
-

● **5. Речевые нарушения при ДЦП**

В структуре у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота при которых составляет 80%.

● **Лечебно-психолого-педагогическая помощь при ДЦП**

● Детский церебральный паралич не прогрессирует. По мере роста и развития ребенка могут отмечаться уменьшения клинических симптомов болезни.

● Различают 4 периода восстановления двигательной сферы и социальной ориентации больного ребенка.

- 1. Острый период длительностью 7-14 дней. Отмечается прогрессирующее течение заболевания, выраженные двигательные расстройства, в ряде случаев – наличие периодических судорожных приступков.
- 2-3. Восстановительный период (ранний – до 2 месяцев, поздний – до 1-2 лет) характеризуется выраженным ранним тоническим рефлексом, который сохраняется дольше нормальных сроков, сдерживая своевременное появление установочных рефлексов и развитие движений. Страдают или отсутствуют врожденные рефлекссы.

- Период остаточных явлений начинается с двухлетнего возраста и продолжается в детстве и юношестве, а при тяжелых формах - пожизненно.
- Качество восстановительных мероприятий в этом периоде во многом зависит от предшествующего систематического лечения.
- Отсутствие раннего лечения вызывает формирование порочных поз и движений, затрудняя нормализацию двигательной сферы ребенка.

- Кроме традиционных неврологических схем лечения ДЦП, в России появилась возможность точной диагностики истинных причин ДЦП.
- А также для отличия истинного ДЦП от приобретенного, истинных причин, ведущих к парализации мозга, от причин, парализующих временно, т.е. так, что парализующие нарушения обратимы.
- Особенно эффективной является группа детей, у которых развилось состояние ДЦП в результате родовых травм, так как многие последствия травм обратимы.

- А обратимость означает излечимость. Поэтому ДЦП, вызванные родовой травмой, лечатся так, что далее у ребенка появляются перспективы восстановления в любом возрасте.
- И что чем раньше начато лечение, тем оно результативнее. Лучшая излечимость наблюдается у детей до 5 лет – в 90% случаев, до 10 лет – около 60%.
- После 10 лет, вследствие того, что дети являются запущенными, то есть в их организме к этому времени появляется множество физиологических нарушений, и не только в мозге, но и в костях, суставах, мышцах и других органах, они уже восстанавливаются хуже. Но обязательно восстанавливаются до уровня самостоятельного передвижения и самообслуживания.

- Эти пациенты должны обращаться и заниматься активно всеми методами семейной реабилитации на дому до появления положительного конечного результата.
- Безусловно, чем больше возраст ребенка, тем больше времени уходит на восстановление. Но в любом случае нельзя останавливаться и для достижения необходимых результатов необходимо заниматься в домашних условиях.

Формы организации адаптивной физической культуры с детьми

В структуру адаптивной физической культуры входят адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт и физическая реабилитация. Они охватывают все возможные виды физкультурной деятельности детей с физическими и умственными недостатками, помогают им адаптироваться к окружающему миру, так как обучение разнообразным видам движений связано с развитием психофизических способностей, общением, эмоциями, познавательной и творческой деятельностью.

Адаптивная физическая культура не только играет важную роль в формировании физической культуры ребенка, но и передает ему общечеловеческие культурные ценности.

Адаптивное физическое воспитание - наиболее организованный вид адаптивной физической культуры, охватывающий продолжительный период жизни (дошкольный, школьный, молодежный возраст), поэтому является основным каналом приобщения к ценностям физической культуры. Адаптивное физическое воспитание (физическая культура) является обязательной дисциплиной во всех восьми видах образовательных (коррекционных) учреждений, в которых обучаются около 600 тыс. детей.

Урок по физическому воспитанию в **специализированных школах** является одним из основных предметов.

При этом решаются **образовательные, воспитательные и коррекционные задачи.**

Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет свои особенности по сравнению с общеобразовательными школами.

В раздел общеразвивающих упражнений введены коррекционные упражнения для:

— коррекции позотонических реакций;

- расслабления мышц;
- формирования правильной осанки;
- опороспособности;
- формирования равновесия;
- развития пространственной ориентации и точности движений

Работа учителя физкультуры осуществляется в тесном контакте с врачом.

Требования к урокам физкультуры:

- постепенно увеличивать нагрузку и усложнять упражнения;
- чередовать различные виды упражнений, применяя принцип рассеянной нагрузки;
- упражнения должны соответствовать возможностям учеников;
- должен быть индивидуальный подход;
- рационально дозировать нагрузку, не допускать переутомления;
- обеспечить профилактику травматизма и страховку.