

**Футбол для лиц с инвалидностью.**

# Москва 2021

## Введение

В нашей стране среди инвалидов функционируют аккредитованные Министерством спорта Российской Федерации такие спортивные организации (федерации) как спорт глухих, спорт слепых, спорт среди людей с нарушением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) и другие.

Футбол людей с ограниченными физическими возможностями является спортивной дисциплиной по каждой отдельной Федерации - разновидности по заболеваниям. В мире, как и в России, такой футбол имеет место быть и развивается в зависимости от деятельности самих федераций и федераций по футболу, участием футбольных команд этих стран в международных официальных соревнованиях, включая Параолимпийские и Сурдоолимпийские игры, чемпионаты мира, Европы и других континентов, а также организации различных футбольных соревнований внутри стран. В зависимости от разновидности заболеваний занятия футболом и соревнования проводятся по семи самостоятельным и независимым друг от друга номинациям:

1. Футбол ампутантов (Федерация ПОДА);
2. Футбол тотально-слепых (B1) – параолимпийский вид спорта;
3. Футбол слабовидящих (B2);
4. Футбол глухих – сурдоолимпийский вид спорта;
5. Футбол для лиц с заболеванием ДЦП;
6. Футбол для лиц с нарушением ментальности;
7. Футбол ХНИЗ – для лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями (сахарный диабет и другие).

## **История развития футбола для лиц с инвалидностью.**

Самым возрастным и массовым является футбол глухих спортсменов, которому более 90 лет. В 80-е годы прошлого столетия в США зародился футбол ампутантов, в Голландии – футбол ДЦП; в 90-е годы в организованный футбол во многих странах мира стали играть незрячие и слабовидящие спортсмены, а также «ментальщики». Во втором десятилетии нашего столетия в связи с неудержимым ростом спорта инвалидов появился футбол ХНИЗ. В основном – это получившие инвалидность больные сахарным диабетом. Спортсмены каждой футбольной разновидности играют на полях, определенных размеров и разметки, по «своим» правилам. Это – специфика функциональной разновидности в игре и возможности реализации ее на футбольном поле или площадке. Глухие играют на стандартном поле. Но у судей вместо свистка красные флажки. Они же (как мужчины, так и женщины) играют и в мини-футбол (фут зал). Ампутанты играют на площадке 60х40 м. Ворота – 2х5 м. Состав команд: 6 полевых игроков - без ноги и вратарь – без руки. Футболисты с заболеванием ДЦП играют на площадках размером 75х50 м. – 6 полевых игроков и вратарь. Ворота размером 2х5 м. «Ментальщики» играют на стандартных полях - 90х60 м и в мини-футбол. Только в мини-футбол (площадка 40х20 м.) играют все остальные - слепые, слабовидящие и спортсмены с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ).

В 1991 году в России создана Ассоциация футбола инвалидов (АФИ), которая в 1999 году преобразовалась в Федерацию футбола инвалидов России (ФФИР). В этой федерации на протяжении всех лет стали возникать и развиваться практически все разновидности футбола инвалидов. Только глухие к тому времени уже были неоднократными чемпионами и призерами крупнейших международных соревнований в составах советских команд. ФФИР в разные годы стала местом рождения всех остальных разновидностей футбола, завоевав за годы своей работы высший рейтинг организаторов соревнований любого уровня, а сборные и клубные команды России по футболу инвалидов практически во всех международных соревнованиях становились чемпионами или призерами. Это заслуга как ФФИР, так и ее

наследников – других федераций, организаторов по каждой разновидности футбола. Так ампутанты с 1998 года (время создания Международной организации) стали пятикратными чемпионами мира, пятикратными вице-чемпионами мира и трехкратными чемпионами Европы. Футбольные команды ДЦП - двукратные чемпионы и трехкратные призеры Параолимпийских игр, многократные чемпионы и призеры чемпионатов мира и Европы. Тотально-слепые футболисты в 2016 году стали чемпионами Европы среди клубных команд и вторыми призерами среди национальных команд Европы. Чемпионками мира и Сурдоолимпийских игр стали глухие футболистки из России. Слабовидящие футболисты - призеры многих крупнейших международных соревнований последних лет. Футболисты ХНИЗ в 2016 году, выступая второй раз в Чемпионате Европы, стали третьими на континенте...

По инициативе и с участием ФФИР были созданы международные федерации ампутантов - Всемирная - WAFF (в Москве в 1998г) и Европейская - EAFF (в Дублине 2013г.), а также Всемирная Лига Чемпионов (ВЛЧ) «Равные возможности» в Созополе (Болгария) – в 2016 году. До этого ФФИР с 2007 года провела 8 Чемпионатов мира среди клубных команд ампутантов – «Кубок Победы», в шести из которых победителями стали российские команды.

ВЛЧ «Равные возможности» является международной организацией, созданной исключительно для проведения соревнований среди клубных команд самого высокого уровня – Кубка Чемпионов по различным номинациям современного футбола инвалидов.

В последние годы география футбола инвалидов значительно расширилась, появились страны, в которых уровень этого вида спорта стал доминировать перед остальными или сравнялся с ними. Турция и Польша, Франция и Узбекистан, Иран и Греция, Италия и Ирландия, Корея и Аргентина ... все эти страны, а с ними еще ряд африканских, становятся подчас непреодолимыми для тех, кто прежде легко выигрывал любые

международные турниры. Это команды Голландии, Бразилии, Германия, Англии, Испании, России.

### **Основные организации**

1. **ISOD** -Международная спортивная организации инвалидов с ампутациями
2. **ENAS-FID** -Международная спортивная ассоциация для лиц с нарушенным интеллектом
3. **CP-ISRA** -Международная ассоциация спорта и рекреации лиц с церебральным параличом
4. **CISS** -Международный спортивный комитет глухих
5. **IBSA**-Международная ассоциация спорта слепых

Спортсмены распределяются по классам в соответствии с их функциональными возможностями, а не категориями инвалидности. Такая функциональная классификация основывается, прежде всего, на тех способностях спортсмена, которые позволяют ему соревноваться в футболе по принципу справедливой игры, а потом уже на медицинских данных. Это делается с целью предоставления спортсменам возможности соревноваться с теми, кто имеет равные или схожие функциональные способности.

### **Футбол для лиц с Нарушением зрения и тотально слепых**

**Нарушения зрения** — снижение способности видеть до такой степени, что вызывает проблемы, не устранимые обычными способами, такими как очки или лекарства. Это может быть из-за болезни, травмы, врождённых или дегенеративных заболеваний.

Футбол для незрячих — это разновидность футбола, адаптированная к потребностям незрячих игроков. Он основан на фут зале с изменениями правил, позволяющими игрокам играть. В футбольной команде для незрячих пять игроков: четыре незрячих полевых игроков и один зрячий вратарь.

Чтобы полностью понять, о чем идет речь, незрячему человеку может потребоваться изучить физическое движение, например, почувствовать движение ног или контролировать мяч. Кинестезия, чувство движения и положения, имеет важное значение для обучения и выполнения всех моторных действий, включая навыки незрячего футбола.

Слуховые подсказки, вербальная коммуникация, тактильный контакт и вестибулярная чувствительность предоставляют ценную информацию, но кинестетическая осведомленность является наиболее важным чувством для незрячих игроков в освоении новых навыков.

Игроки должны чувствовать движение, иногда двигаться против сопротивления или находить вокруг себя определенные ориентиры, например, когда учатся точно пасовать внутренней стороной стопы. Этот подход отличается от зрячего футбола и является неотъемлемой частью тренировки для незрячих, особенно с молодыми, новыми игроками.

## **Особый подход**

**1 Демонстрации, когда** вы тренируете, демонстрации должны быть короткими и лаконичными, и вы должны быть уверены, что то, что вы объясняете, и то, что вы хотите, чтобы игрок сделал, было ясным и понятным.

**2 Вербальные** Будьте ясны и кратки. Сделайте инструкции, как можно более короткими и простыми.

**3 Тактильные** Вы можете использовать предметы, которые можно потрогать и почувствовать, чтобы привести примеры различных компонентов игры.

## Классификация

Международной спортивной ассоциации спорта слепых (JIBS A):

Медицинская спортивная классификация международной спортивной ассоциации слепых (IBSA) предусматривает 3 спортивных класса для спортсменов с патологией глаз. Спортивная классификация незрячих спортсменов универсальная для применения во всех имеющихся видах спорта, доступных слепым и слабовидящим, а применение ее для разных соревнований зависит от вида спорта.

Классификация учитывает состояние двух основных зрительных функций органа зрения: остроты зрения и периферических границ поля зрения. Ниже приведен русский перевод критериев медицинской классификации IBSA.

***Определение функционального класса у спортсменов с нарушением зрения (Международная спортивная ассоциация слепых – IBSA)***

**В1** – спортсмен этого класса не имеет светочувствительности в одном из глаз (тотальная потеря зрения) или имеет частичную светочувствительность при отсутствии реакции на движение (движение руки на любом расстоянии от глаза).

**В2** – спортсмен может видеть движение руки на расстоянии до 2 м (при норме – 60 м).

**В3** – спортсмен может видеть движение руки на расстоянии от 2 до 6 м.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** классификация проводится по лучшему глазу в условиях с лучшей оптической коррекцией. Счет пальцев определяется на контрастном фоне. Границы поля зрения определяются с меткой, максимальной для данного периметра. Классифицировать слепых и слабовидящих спортсменов должны врачи-офтальмологи.

## Правила игры

### **1. Площадка**

Игровая площадка должна быть без какого-либо покрытия, чтобы не ухудшить акустику.

### **2. Размеры**

Длина площадки- от 32м до 42м

Ширина - от 18м до 22м

По периметру поле должно быть огорожено (Борта). Высота ограждения должна быть от 100см до 120 см. Ограждение должно находиться в 1 метре от линии, ограничивающей поле.

### **3. Ворота**

Размер ворот: высота -2м, расстояние между стойками -3м. Толщина стоек и перекладины должна быть 8 см.

### **4. Мяч**

Мяч должен быть сферической формы и сделан из кожи или другого подходящего материала, не представляющего опасность для игроков. Окружность мяча должна быть между 60 и 62 см, вес - от 410 до 430 г. Внутри мяча расположена звуковая система таким образом, что позволяет мячу двигаться с регулярной траекторией таким образом, что при вращении звучит.

### **5. Количество игроков.**

Матч играется между двумя командами, каждая состоит из максимум 4-х totally слепых игроков (В1) и 1 вратаря, который может быть слабовидящим (В2 или В3).

Состав команды - 13 человек, он должен быть следующим: 8 игроков, 2 вратаря, 1 менеджер, 1 помощник менеджера, 1 врач.

### **6. Продолжительность игры.**

Матч должен состоять из двух таймов, каждый по 25 минут. Перерыв между таймами должен быть не более 10 минут.

### **Правило «Вой»**



Игроки, борющиеся за мяч, должны сказать «вой» (по-испански «гоу») или другое подобное короткое слово, чтобы дать понять своим соперникам, что они собираются отбиваться. Точно так же, если мяч потерян, и игроки ищут его или собираются его контролировать, они должны сказать «вой».

Если игрок бежит с контролируемым мячом, ему не нужно ничего говорить. Использование слова «вой» - неотъемлемая часть игры.

### **Направляющие**

Каждой команде разрешено иметь трех зрячих направляющих, которые могут давать информацию и инструкции своим игрокам. Поле разделено на три равные части, и в каждой из них одному направляющему разрешается разговаривать со своими игроками. Вратарь команды может давать информацию в защитной зоне, тренер может давать инструкции в средней зоне, а направляющий, стоящий за воротами соперника, может давать информацию, когда команда атакует.

## **Футбол для лиц с заболеванием ДЦП**

**Детский церебральный паралич (ДЦП)** — на сегодняшний день одно из часто встречающихся заболеваний детей. В России только по официальной статистике более 120 000 человек имеют диагноз детский церебральный паралич.

**ДЦП** — это заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики.

Нет системы детского футбола для больных ДЦП, есть просто дети. Они приходят или их приводят, они подходят или нет, но если подходят, нужно начинать с нуля. Тренера обязаны научить сначала азам, затем

индивидуальному, потом командному, дать «физику», заложить тактику и психологически вдохновить.

ДЦП поражает руку и ногу либо на одной стороне тела, либо асимметрично. Человек раскачивается, как маятник, при ходьбе, что говорить про бег? Но они обязаны бегать! Более того — с мячом. Здоровый человек может быть на поле полным Буратино, однако нога послушается его головы, когда к ней подлетит мяч, и хоть куда-нибудь да ударит. У этих ребят — нет.

Они могут развернуться вокруг вертикальной оси только в одну сторону. Кто-то влево, кто-то вправо. Так устроен их мир. И это надо учитывать.

У них серьезные проблемы с остановкой мяча, если делать это заторможенной ногой. Или с положением в пространстве, если в момент приема мяча на ней стоять. Выражение «прокинуть под опорную» обретает в футболе 7×7 коварный и жестокий смысл.

Их нельзя переставить с фланга на фланг, равно как и переучить правного на левого. Это в принципе невозможно. Какой стороной природа дозволила, такой и играют.

Им нужно искусственно ставить ширину шага и вырабатывать фазу полета в беге. У нас это с рождения. У них с рождения другое.

Лазейка, позволяющая все это как-то обойти или хотя бы попытаться, — автоматизм. Тело должно реагировать на штатные ситуации быстрее, чем ему прикажет голова. Как это возможно с учетом механик центральной нервной системы, нам не понять. Но Барамидзе утверждает, что на прием мяча и качество паса воздействовать таким образом можно. Сотни, тысячи, миллионы повторений — эффект проявится.

Второй важный принцип — не надо подтягивать слабые стороны игрока, это бесполезно на базовом уровне. Надо развивать сильные, тогда слабые подтянутся сами. Дан человеку дриблинг (а футболе 7×7 есть дриблинг) — пусть оттачивает. То, что не дано, либо приложится, либо будет компенсировано партнерами.

Футбол не излечит этих ребят никогда. Но он подарит им то, чего они никогда не обретут без футбола: востребованность своей здоровой доли. Гармонию нужности.

## **Классификация**

Международной ассоциации спорта и рекреации лиц с церебральным параличом – CP-ISRA.

Классы обозначаются двумя буквами - CP (что означает «церебральный паралич») и цифрой, обозначающей уровень возможностей спортсмена.

- **Класс CP6:** спортсмены, страдающие нарушением координации во время бега.
- **Класс CP7:** спортсмены, больные гемиплегией.
- **Класс CP5:** спортсмены, которые испытывают неудобства, когда ходят, но не ощущают никакой боли, когда просто стоят или бьют по мячу.
- **Класс CP8:** спортсмены с небольшими патологиями, которые всё же носят статус пара олимпийцев.

В составе команды должен быть хотя бы один игрок класса C5 или C6. Не допускается более двух игроков класса C8.

## **Правила**

### **1. Площадка**

Поле для игры должно иметь форму прямоугольника. Боковая линия должна быть длиннее линии ворот.

Размеры: Длина - от 70 м до 75 м Ширина - от 50 м до 55 м

### **2. Ворота**

Размер ворот - высота -2м, расстояние между стойками -5м. Толщина стоек и перекладины не должна быть более 12 см.

### **3. Мяч**

Мяч должен быть сферической формы и сделан из кожи или другого подходящего материала, не представляющего опасность для игроков.

Окружность мяча должна быть не более 70 см и не менее 68 см, вес - от 410 до 450г.

### **4.Количество игроков.**

Матч играется между двумя командами, каждая состоит из максимум 7-ми игроков, в том числе: не более 3 игроков, соответствующих 8 спортивно-медицинскому классу, не менее одного игрока, соответствующего 5 или 6 спортивно-медицинскому классу.

При отсутствии в команде футболиста 5 или 6 класса, она играет в меньшем на одного игрока количестве.

### **5. Продолжительность игры.**

Матч должен состоять из двух таймов, каждый по 35 минут.

Перерыв между таймами должен быть не более 15 минут.

## **Футбол для лиц с ампутацией**

Ампутация – это удаление части руки или ноги путем отсечения частей мягких тканей и кости. Такое вмешательство называют еще экзартикуляцией, но эти понятия имеют определенные отличия. Травматическая ампутация конечности может осуществляться по кости или суставу. Если вмешательство проводится с вычленением сустава, тогда можно говорить о экзартикуляции мизинца, ступни, предплечья или другой части тела.

В мире существует несколько футбольных ассоциаций инвалидов. Пару примеров тому - Английская ассоциация ампутантов и Ирландская футбольная ассоциация ампутантов. Каждая организация способствует развитию спорта и тому, чтобы он получил большее признание. Футбольная ассоциация Англии с ампутированными конечностями заявляет на своем веб-сайте свою главную цель: «Цель Футбольной ассоциации Англии с

ампутированными конечностями - предоставить всем инвалидам, людям с врожденными дефектами конечностей и лицам с ограниченным использованием конечностей возможность играть в футбол на местном, национальном и национальном уровнях. на международном уровне. "

### **Классификация**

- **Класс А2.** Односторонняя ампутация бедра.
- **Класс А4.** Односторонняя ампутация голени. Минимальный физический недостаток для допуска к соревнованиям – ампутация должна проходить, по крайней мере, через голеностопный сустав.
  - **Класс А6.** Односторонняя ампутация плеча;
  - **Класс А8.** Односторонняя ампутация предплечья; минимальный физический недостаток – ампутация проходит по лучезапястному суставу.

### **Официальные санкционированные правила ФИФА :**

- Человек с ампутированной конечностью определяется как человек, который «сокращен» на или около лодыжки или запястья.
- У полевых игроков может быть две руки, но только одна нога, тогда как у вратаря может быть две ноги, но только одна рука.
- Игра ведется с использованием металлических костылей и без протезов, за исключением того, что лица с двусторонней ампутацией могут играть с протезами.
- Игрокам запрещается использовать костыли для продвижения, контроля или блокировки мяча. Такое действие наказывается так же, как и нарушение игры рукой. Однако случайный контакт костыля и мяча допустим.
- Игроки не могут использовать свои остаточные конечности для добровольного продвижения, контроля или блокировки мяча. Такое действие наказывается так же, как и нарушение игры рукой. Тем не

менее, случайный контакт между остаточной конечностью и мячом допустим.

- Необходимо надевать накладки на голени.
- Использование костыля против игрока приведет к его выбыванию из игры и штрафному удару.

## **Правила**

### **1. Площадка**

Поле для игры должно иметь форму прямоугольника. Боковая линия должна быть длиннее линии ворот.

Размеры: Длина - от 65 м до 55 м; Ширина - от 45 м до 35 м.

### **2. Ворота**

Размер ворот - высота -2м, расстояние между стойками -5м. Толщина стоек и перекладины не должна быть более 8 см.

### **3. Мяч**

Мяч должен быть сферической формы и сделан из кожи или другого подходящего материала, не представляющего опасность для игроков. Окружность мяча должна быть не более 70 см и не менее 68 см, вес - от 410 до 450г.

### **4. Количество игроков.**

Матч играется между двумя командами, каждая состоит из максимум 7-ми игроков, в том числе один вратарь. Полевые игроки - футболисты без одной ноги (ампутированной или укороченной). Вратарь - футболист без одной руки (ампутированной или укороченной).

### **5. Продолжительность игры**

Матч должен состоять из двух таймов, каждый по 20 минут. Перерыв между таймами должен быть не более 10 минут.

## **Особенности в тренировочном процессе.**

У детей с инвалидностью двигательная активность существенно зависит от вида заболевания и не находит выхода в естественных играх, которыми с раннего детства занимаются обычные дети. Это влечет за собой гиподинамию, а также недостаток знаний о своем организме и его возможностях. Еще Аристотель сказал: «Ничто так не истощает, не разрушает, как физическое бездействие».

Тренера в своей работе с данными детьми руководствуются принципом, что все люди, независимо от состояния физического и психического здоровья могут получить большую пользу от физической активности, если знать, как адаптировать тот или иной вид двигательной деятельности к нуждам конкретного человека.

## **Задачи физического воспитания**

**В первую группу** входят те классические задачи, которые решаются и в работе со здоровыми детьми – это общеобразовательные, оздоровительные и воспитательные. К задачам общеобразовательного характера относятся задачи формирования доступных представлений и знаний о пользе занятий физическими упражнениями, об основных гигиенических требованиях и правилах. К оздоровительным задачам относятся задачи охраны и укрепления здоровья ребенка, развития сохранных функций организма ребёнка и совершенствования адаптационных и функциональных возможностей, повышения умственной и физической работоспособности, достижения полноценного физического развития.

Воспитательные задачи включают формирование потребности в систематических занятиях физическими упражнениями, воспитание нравственно-волевых черт личности, активности, самостоятельности.

**Вторую группу задач составляют** двигательные коррекционные задачи, которые целесообразно разделить на: основные и вспомогательные. К основным двигательным коррекционным задачам относится поэтапное двигательное развитие детей в той последовательности, которая свойственна здоровым детям.

Вспомогательные двигательные коррекционные задачи:

- коррекция порочных установок опорно-двигательного аппарата;
- преодоление слабости отдельных мышечных групп;
- улучшение подвижности в суставах;
- нормализация тонуса мышц;
- улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма и др.

Проблема многих семей, где имеются дети-инвалиды, взаимоотношения членов семьи. Спортивная деятельность детей с ограниченными возможностями здоровья становится эффективнее и результативнее благодаря совместной и взаимодополняющей деятельности педагогов и родителей. Они – первые ценители труда педагогов и достижений своих детей. В первую очередь меняется отношение родителей к ребенку, они перестают видеть в нем инвалида.

## **Семь простых правил общения с детьми имеющие инвалидность.**

### **1. Хвалить за реальные достижения**

Возможности детей-инвалидов действительно в чем-то ограничены и поэтому нам хочется как можно чаще их хвалить, чтобы поддержать. Парадокс в том, что постоянная похвала таких детей только настораживает. Они-то не считают себя лучше других. Ребенок-инвалид мечтает о простом: быть на равных с обычными детьми. Поэтому, когда за прочитанное наизусть стихотворение его хвалят в три раза усерднее, чем девочку с соседней парты, это вызывает как минимум недоумение, а в подростковом возрасте и протест: «Вы что меня за



дурака тут держите!» Ребенка с проблемами здоровья, как любого другого, хвалить стоит только за реальные достижения.

## **2. Не говорить о ребенке в третьем лице в его присутствии**

Тут всему виной старое представление о том, что перед нами человек не совсем полноценный и он не может полностью отвечать за себя. Между тем, физические недостатки — не синоним умственной отсталости. Поэтому не стоит разговаривать о ребенке так, как будто его тут нет или он не в силах сам сформулировать ответ.

«При встрече с незрячим ребёнком многие склонны не обращаться к самому ребёнку, а разговаривать исключительно с родителями или сопровождающими ребёнка взрослыми, называя ребёнка в третьем лице («он умеет читать?», «налить ему воды?»).

Такое отношение взрослых прямо показывает ребёнку, что он — не такой, как другие. Дети-инвалиды, повзрослев, признаются, что не чувствовали себя людьми с ограниченными возможностями до тех пор, как на это им не указало общество. Поэтому будет правильно и вежливо давать таким детям право голоса.

## **3. Забыть об излишней опеке**

Чрезмерная забота о детях-инвалидах свойственна прежде всего родителям. И это не их вина. Проблема в том, что у нас еще не налажена деятельность специалистов, которые могли бы работать с семьями, где растут эти дети. «Отсюда идёт гиперопека: родители делают всё за ребёнка, не всегда пытаясь даже научить его самостоятельно одеваться и есть, и полагают нормальным в 9 лет кормить его с ложки.

Детям-инвалидам хочется помочь, их действительно бывает жалко, но для начала подумайте: жалеет ли ребенок сам себя? И требует ли он именно такого к себе отношения?

Один мой знакомый, молодой учитель, попал на работу в школу-интернат для детей с ДЦП. В его классе был мальчик, который передвигался с ходунками и то довольно медленно. Когда весь класс на перемене отправлялся в столовую, преподавателю, как нормальному сильному мужчине, хотелось просто взять парня на руки. К счастью, он вовремя понял, что этого делать не нужно — ребенок справлялся сам, пусть и не совсем привычным для нас способом.

#### **4. Не драматизировать на пустом месте**

Отношение к инвалидам, полное драматизма, культивируют СМИ — рассказ об особенном ребенке должен вызывать у читателя слезы. Но в обычной жизни дети с особенностями здоровья меньше всего хотят выделяться и быть героями мелодрам. Им больше по душе комедии. Мы с подругой, например, с детского сада носим очки с толстыми линзами. При встрече обращаемся друг к другу не иначе как «Привет, очкарик!». Иногда приходится успокаивать окружающих: нет, это было не оскорбление, а совсем наоборот.

#### **5. Помнить о личных границах**

Нам неприятно, когда на улице нас долго разглядывают незнакомые люди. Ребенок с ограниченными возможностями сталкивается с таким отношением практически ежедневно. А ведь у него, как и у каждого человека, есть право на личные границы.

Иногда мы даже не подозреваем, что нарушаем их. Свои границы есть и в общении с родителями детей-инвалидов. Довольно часто хочется из лучших побуждений посоветовать им хорошего врача или медицинский центр.

## **6. Предлагать помощь, когда она действительно нужна**

Я все чаще вижу, как обычные прохожие стараются помочь людям с проблемами здоровья в метро, на улице. Видеть это равнодушие приятно. В то же время сами они признаются, что нередко оказываются в неловкой ситуации, когда помощь не нужна, но ее навязывают.

Им действительно порой нужна наша помощь, но не всегда эти дети знают, как ее попросить. Сейчас, большим пробелом в реабилитации детей с инвалидностью остается то, что их совершенно не учат об этом говорить. У детей перед глазами просто нет примеров того, как правильно просить помощи в разных ситуациях. Поэтому бывает, что люди с инвалидностью ведут себя не вполне адекватно с точки зрения обычного человека. «К сожалению, даже в профессиональном сообществе эта проблема пока не осознана», — признается преподаватель. Возможно, первым шагом к ее решению могут стать отношения с ребенком, основанные на взаимоуважении, чтобы он не стеснялся в конкретной ситуации обратиться к вам с просьбой или сказать, что помощь ему не нужна.

## **7. Доверять ребенку**

Попробуйте предоставить ребенку больше свободы и самостоятельности. И вы увидите, насколько неограниченными могут быть его возможности.

«Адекватное отношение к людям с инвалидностью станет возможным, когда общение между ними и остальными людьми будет нормой, а не экзотикой, и только если сами инвалиды будут вести себя в соответствии с нормами поведения, принятыми в этом обществе»

В общем-то, рецепт общения с особенным ребенком довольно прост: ведите себя с ним так, как вели бы с любым другим ребенком.

### **Методы:**

1. Метод создания «ситуации успеха». Ситуация успеха – это не просто

целенаправленное, но и организованное сочетание определённых условий, при которых как раз и создается возможность достичь значительных результатов в своей деятельности. Ребёнок должен быть убеждён, что успехом он обязан прежде всего, самому себе.

2. Метод состязательности. Состязания – соревнования в чем-либо. Состязания – чисто подростковые привилегия, состязания – внутренняя «пружина» раскручивания творческих стимуляций к поиску, открытию, побед над собой. Состязания распространяется на все сферы творческой деятельности обучающегося, кроме нравственной.

3. Метод коллективной деятельности. Является одним из основных в реализации тренировочного процесса. Вся деятельность внутри команды должна быть коллективной, от принятия решений до реализации каких-либо задумок.

4. Метод воспитывающих ситуации, то есть искусственно созданных для активизации участника ситуация определённых чувств, эмоций или даже побуждение к определённым поступкам, деятельности.

#### ИСТОЧНИКИ

1. Международная общественная спортивная организация «Всемирная Лига Чемпионов по Футболу. World Football Club League of Champions«EQUAL CHANCES»
2. Герасименко А.П. Физиология футбола / А.П. Герасименко, И.П. Солопов : Учебно-методическое пособие. – Волгоград, 1998г.

3. Джус О.Н. исследование влияния упражнений различной направленности, их объема и интенсивности на развитие качества быстроты у футболистов высших разрядов. Автореф. дисс. канд. кед. наук. Тарту.: 1973.
4. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов/ С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, О.В. Морозова, А.С. Солодков: Учебное пособие /Под ред. С.П. Евсеева и А.С. Солодкова / СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта. – СПб., 1996.
5. Жиленкова В.П. Врачебно-педагогические аспекты адаптивной физической культуры инвалидов с поражением ОДА/ В.П. Жиленкова, Е.С. Ульрих: Учебное пособие. – СПб.: СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2001.
6. Исследование двигательных компонентов функциональной подготовленности футболистов различного игрового амплуа разного возраста // Подготовка спортивного резерва и здоровье. Материалы Всерос. науч.- практ. конф. «Актуальные проблемы оздоровительной физической культуры и подготовки спортивного резерва». – Волгоград, 1998.
7. Шевардин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М., 1998.

<https://blindfootball.sport/wp-content/uploads/2021/04/IBSA-Blind-Football-Coaching-Manual-a-guide-for-beginners-Russian-version.pdf>

<https://kriro.ru/upload/docs/Организация%20занятий%20адаптивной%20физической%20культурой%20с%20детьми%20с%20ОВЗ.pdf>

<https://www.youtube.com/watch?v=EfsAnq-Ba0c>

<https://www.youtube.com/watch?v=ITeanPtMyRw&t=4s>

<https://www.youtube.com/watch?v=Z3r8sKVABk0&t=53s>