**Лекция 10**

**Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

**ПЛАН**

**1. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата: виды и причины нарушений у дошкольников.**

**2.** **Принципы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.** **3. Условия проведения коррекционно-педагогической работы и требования к предметно-развивающей среде.** **4. Методы и приемы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.** **5. Формы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата .** **Организация работы с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата в условиях ДОУ**

**1. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата: виды и причины нарушений у дошкольников.**

Отмечаются следующие **виды патологии опорно-двигательного аппарата**.

1.Заболевания нервной системы:

- детский церебральный паралич;

- полиомиелит.

2.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).

3.Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;

- полиартрит;

- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);

- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит)

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по сформированности двигательных навыков дети **разделяются на три группы.**

*В первую группу входят* дети с тяжелыми нарушениями. У некоторых из них не сформированы ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них сформированы частично.

*Во вторую группу входят дети*, имеющие среднюю степень выраженности двигательных нарушений. Большая часть этих детей может самостоятельно передвигаться, хотя и на ограниченное расстояние. Они владеют навыками самообслуживания, которые недостаточно автоматизированы.

*Третью группу* составляют дети, имеющие легкие двигательные нарушения, — они передвигаются самостоятельно, владеют навыками самообслуживания, однако некоторые движения выполняют неправильно.

Помимо двигательных расстройств у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут отмечаться недостатки интеллектуального развития: 40 — 50% детей имеют задержку психического развития; около 10 % — умственную отсталость разной степени выраженности. В большинстве случаев эти недостатки имеют сложную природу. Они обусловлены как непосредственно поражением головного мозга, так и двигательной и социальной депривацией, возникающей в результате ограничения двигательной активности и социальных контактов. Задержка психического развития проявляется в отставании формирования мыслительных операций, неравномерности развития различных психических функций, выраженных астенических проявлениях.

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89%). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

Другие категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления.

Первое имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второй способ адаптации ребенка с двигательным дефектом - приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

**Причины нарушений опорно-двигательного аппарата.**

1. Внутриутробная патология (в настоящее время многими исследователями доказано, что более 400 факторов могут оказать воздействие на ЦНС развивающегося плода, особенно в период до 4 мес. внутриутробного развития):

- инфекционные заболевания матери: микробные, вирусные (за последние годы распространённость нейроинфекций возросла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др.);

- последствия острых и хронических соматические заболевания матери (сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения);

- тяжелые токсикозы беременности;

- несовместимость по резус-фактору или группам крови;

- травмы, ушибы плода;

- интоксикации;

- экологические вредности.

2. Родовая травма, асфиксия.

3. Патологические факторы, действующие на организм ребенка на первом году жизни:

- нейроинфекции (менингит, энцефалит и др.);

- травмы, ушибы головы ребенка;

- осложнение после прививок.

Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП.

**2. Принципы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного**

Основными принципами, определяющими систему и последовательность коррекционно-развивающего воздействия на детей с двигательными нарушениями, являются следующие:

* **Комплексный характер коррекционно-развивающей работы,** предусматривающий постоянный учет взаимовлияния двигательных, психических и речевых нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех функций (моторных, познавательных, речевых), а также предупреждение и коррекция их нарушений.
* **Раннее начало онтогенетически последовательного поэтапного коррекционно-развивающего воздействия, опирающегося на сохранные функции.** Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом индивидуального уровня развития ребенка
* **Коррекционно-педагогическая работа, основанная на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций.** Сочетание логопедической работы с восстановительным лечением(медикаментозные средства, массаж, ЛФК, физиотерапия, ортопедическая помощь) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача и инструктора ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции.
* **Коррекционная работа, которая организуется в рамках ведущей деятельности**. При этом стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности: в младенческом возрасте – эмоциональное общение ребенка со взрослым, в раннем возрасте – предметная деятельность, в дошкольном возрасте – игровая деятельность, в школьном возрасте – учебная деятельность
* **Развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательно-кинестетического анализатора.** Желательно задействовать одновременно несколько анализаторов (зрительный, слуховой, тактильный, кинестетический).
* **Динамическое наблюдение за психофизическим развитием ребенка в течение длительного времени.** При этом эффективность диагностики и коррекции значительно повышается. Это особенно важно в процессе коррекционной работы с детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями
* **Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционной работы**.
* **Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка, которое является залогом эффективности коррекционно-развивающего воздействия**. Необходима такая организация среды (быта, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать развитие ребенка, сглаживать негативное влияние заболевания на его психическое состояние. Родители являются наиболее важным звеном в лечебно-педагогических мероприятиях с ребенком с двигательной патологией. Только семья может закрепить у ребенка те навыки, которых добились в процессе коррекционной работы с ним инструктор ЛФК, дефектолог, логопед. Мать и другие члены семьи должны стремиться овладеть теми знаниями и простейшими навыками коррекционно-развивающей работы, которые помогут их ребенку добиться максимальных успехов в своем развитии.
* **Ежедневный учет психофизического состояния ребёнка при определении режима нагрузок** (объема и характера проводимых с ним занятий).

**3. Условия проведения коррекционно-педагогической работы и требования к предметно-развивающей среде.**

Все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют особые образовательные потребности и нуждаются в особых условиях обучения и воспитания. Для получения образования детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимо обеспечить специальные условия:

1. Учреждения для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата должны иметь кроме помещений, общих для всех типов ГОУ, специальные помещения –логопедические кабинеты, кабинет для массажа, зал ЛФК, мягкие игровые «темные», сенсорные комнаты, кабинеты учителя-дефектолога и педагога-психолога, бассейн.

2. В специальных ГОУ для детей с тяжелыми двигательными нарушениями должны быть технические средства реабилитации. В мире насчитывается более 5000 вспомогательных средств для детей с церебральным параличом, которые можно классифицировать следующим образом:

• специально приспособленное здание (пандусы; поручни и ручки-скобки, за которые ребенок может держаться стоя и передвигаться; туалеты; лифты – для зданий, имеющих более 1 этажа; съезды на тротуарах и другие приспособления);

• специальное оборудование учреждения (при расстановке мебели и игрового оборудования следует учесть недостаточную координированность и устойчивость детей). В групповом пространстве на пути движения детей не должно быть острых углов, необходимо застелить полы мягким ковровым покрытием и расположить на них различные валики, подушечки и т.п.

• средства передвижения: кресло-каталка (с ручным или электрическим приводом); каталка-кроватка; трехколесный велосипед (с мотором и без него); автомобиль, приспособленный для инвалида (управление, подъемник для посадки) и др.;

• ортопедическая обувь и ортопедические приспособления;

• специальная мебель и специальные приборы для обучения (ручки и карандаши-

держатели, утяжелители для рук), мягкие маты, специальные игрушки, отвечающие санитарно-гигиеническим требованиям и особенностям детей.

• средства, облегчающие самообслуживание детей (специальные тарелки, чашки, ложки);

• тренажеры для развития манипулятивных функций рук;

• приспособления для дверей (автоматическое открывание), для лестницы

(площадка-подъемник); для туалета (стульчик, ручки и перила, подъемник для ванны);

• кухонные приборы, вспомогательные средства для приготовления еды, подачи блюд, мытья посуды, специальные столовые приборы и посуда, приспособления для совершения покупок;

• приспособления, помогающие мыться, чистить зубы, ходить в туалет;

• средства, помогающие разговаривать, писать, читать говорить по телефону; приборы коммуникации (в том числе компьютерные и др.), устройства для чтения с кнопками, которые не нужно держать руками;

• компьютеры и программное обеспечение: альтернативные способы загрузки и выведения данных;

• подъемники, велотренажеры, коврики.

К сожалению, перечисленные имеющиеся в продаже вспомогательные средства и новые технологии часто не решают проблему улучшения жизнедеятельности и социальной интеграции лиц с ограниченными двигательными возможностями, хотя и делают их более независимыми.

3. Обучение учащихся этой категории должны осуществлять специально подготовленные педагоги, знающие психофизические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также владеющие методами и приемами коррекционно- развивающей работы. Коррекционные занятия должны проводить учителя-дефектологи, логопеды, методисты ЛФК, психологи.

4. Обучение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы. Лечебная реабилитация ведется в следующих направлениях: медицинская коррекция двигательного дефекта, терапия нервно-психических отклонений, купирование соматических заболеваний.

5. Наполняемость классов должна быть строго определена:

• Наполняемость – не более 8-10 чел, для умственно отсталых детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – не более 7 чел.

В зависимости от типа образовательного учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, коррекционного содержания обучения и воспитания, развивающая среда может иметь свою специфику. При этом предметно-развивающая среда предполагает вариативность. Это определяет необходимость сочетания индивидуальных, подгрупповых и фронтальных форм работы учителей-дефектологов, логопедов, методистов ЛФК, педагогов-психологов, в рамках которых возможен лабильный подход к уровню усвоения материала детьми с двигательной патологией. Предметно-развивающая среда для детей с ОДА призвана обеспечивать психолого-медико-педагогические условия для полноценного развития. Психолого-медико-социальная поддержка ребенка с двигательными нарушениями предполагает создание единого образовательного и реабилитационного пространства, обеспечивающего и гармонизирующего процесс его развития. В обеспечении этой поддержки должны принимать участие не только специалисты образовательного учреждения, но и родители воспитанников, а также специалисты учреждений здравоохранения

1. **Методы и приемы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного**

В образовательных учреждениях используются следующие методы:

1. Практические методы и приемы обучения:

* Постановка практических и познавательных задач;
* Целенаправленные действия с дидактическими игрушками; многократное повторение практических и умственных действий; наглядно-действенный показ (способа действия, образца выполнения); подражательные упражнения.
* Дидактические игры;
* Создание условий для применения полученных знаний, умений и навыков в общении, предметной деятельности, в быту.

2. Наглядные методы:

* Обследование предметов (зрительное, тактильно-кинестетическое, слуховое, комбинированное);
* Наблюдения за предметами и явлениями окружающего;
* Рассматривание предметных и сюжетных картин, фотографий.

3. Словесные методы:

* Речевая инструкция, беседа, описание предмета;
* Указания и объяснение как пояснение способов выполнения задания, последовательности действий, содержания;
* Метод аудирования (записанный на аудиокассету голосовой и речевой материал для прослушивания ребенком);
* Вопросы как словесный прием обучения (репродуктивные, требующие констатации; прямые; подсказывающие);
* Педагогическая оценка хода выполнения деятельности, ее результата.

4. Двигательно-кинестетические методы:

* Дифференцированный (в том числе логопедический) массаж;
* Пассивная гимнастика;
* Искусственная локальная контрастотермия.

**5. Формы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата .** **Организация работы с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата в условиях ДОУ**

Формы работы специалистов с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата: индивидуальные, подгрупповые и фронтальные; возможен лабильный подход к уровню усвоения материала разными детьми. В зависимости от возраста количество занятий, их продолжительность, а также их виды варьируют на разных годах пребывания ребенка в образовательном учреждении. Формы коррекционной работы с учащимися определяются общеобразовательным учреждением в соответствии с медицинскими показаниями. Обучение дошкольников осоуществляется в комбинированных садах, в компенсирующих, в школах-интернатах.

Для реабилитации детей проводят следующие мероприятия.

1.Соблюдение ортопедического режима (жесткая постель, ортопедическая обувь, мебель, соответствующая возрасту) в группах имеются коррекционные стенки. Коррекционная гимнастика проводится воспитателями групп.

2. Массаж осуществляется 2 раза в год по показаниям - 3 раза массаж мышц спины, брюшного пресса, при необходимости - нижних конечностей

3. Лечебная физкультура - проведение занятий ЛФК в условиях ДОУ позволяет своевременно и эффективно воздействовать на организм при формировании осанки, свода стопы. Мы даем возможность получить эффект при различных нарушениях опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиоз, деформации грудной клетки, плоскостопия). Используется в основном коррегирующие симметричные упр. В комплексе ЛФК обязательно включаются дыхательные упражнения, которые повышают функциональные возможности дыхательной и сердечно сосудистой системы, способствуют активной коррекции позвоночника и грудной клетки.

4. Закаливающие процедуры проводятся в группах регулярно после сна - солевое закаливание «Дорожка здоровья».

5. Дыхательная гимнастики А.Н. Стрельниковой способствует исправлению деформации грудной клетки и позвоночника, повышает общую сопротивляемость организма, его тонус, улучшает нервно-психическое состояние. Гимнастика включает в себя динамические дыхательные упражнения, которые сопровождаются движениями рук, туловища и ног. Эти движения всегда соответствуют определённым фазам дыхания (вдохи часто делаются при движении, сжимающих грудную клетку).

6. Тренажёр «Триенгл»

Способствует формированию правильной осанки упражнения на удобном и компактном тренажёре «Триенгл», который действительно похож на треугольник, где мы выполняем упражнения для профилактики и коррекции плоскостопия, укрепления позвоночника, мышц спины и ног.

7. Использование солевых мешочков по методике А. Дубогай. Известно, что в результате длительной умственной и физической работы у детей постепенно снижается уровень трудоспособности: ослабляется внимание, нарушается осанка, ухудшается зрение. Чтобы избежать этих негативных явлений мы меняем разные виды деятельности с активными физминутками. Некоторые упражнения выполняются с мешочками с солью на голове. Размер такого мешочка –15х15 см., а вес – 200 гр. Эти упражнения способствуют активизации дыхания и деятельности сердечно-сосудистой системы, формируют правильную осанку и для профилактики плоскостопия.

8. Профилактор Евминова для детей, страдающих нарушением осанки и детей, страдающих сколиозом. Для таких детей и взрослых разработан комплекс упражнений, направленных на лечение искривления и создание мышечного корсета при помощи укрепления различных групп мышц в состоянии разгрузки позвоночника. Профилактор Евминова обладает рядом преимуществ и может быть применён в любых условиях: дома, в санаториях, детсадах, стационаре, поликлинике и на работе.

Профилактор Евминова предназначен для предупреждения и лечения следующих заболеваний позвоночника:

* остеохондроза шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника;
* начальных форм сколиоза, предотвращение прогрессии тяжёлых форм сколиоза;
* различных нарушений осанки;
* радикулитов различной этиологии.

Применение его здоровыми людьми, как правило, сопровождается положительным эффектом:

* улучшение общефизического развития и укрепление различных мышечных групп;
* снятие усталости мышц спины и туловища;
* увеличение роста у детей и взрослых людей;
* коррекция фигуры, уменьшение веса и формирование талии.

9. Фитбол – друг, партнёр и тренажёр. Ключевая особенность занятий с фитболом – это нестабильная опора, которая постоянно заставляет ребёнка сохранять равновесие сидя на мяче, включать в работу разные группы мышц.

Играет свою роль и эмоциональный компонент: ведь мяч – это игрушка, партнёр. Полезна работа на мячах для стимуляции всех опорно-статических систем тела. Поза «сидя» мобилизует позвоночник, мышцы груди и живота, формирует осанку. Вестибулярная тренировка необходима для нормального функционирования центров регуляции сердечно-сосудистой системы.

Комплекс упражнений с фитболом способствует вырабатыванию правильной осанки, координации движений, воспитывает смелость, внимание, уверенность.

10. **Для укрепления и развития мышц  и связок стопы** дети выполняют нетрадиционные упражнения: массаж стопы деревянными массажорами,   катание палочки, карандаша, каштана, шипованного резинового мячика, поднятие пальцами ног мелких игрушек «киндеров», карандаша, скатывание в трубочку пальцами ног носового платочка. Ходьба по коврикам из каштанов, ракушек, гороха, корковых пробок, фломастеров, пуговиц.

Для того чтобы работа в ортопедических группах была максимально эффективной и успешной, деятельность в саду организована таким образом, что родители являются активными участниками воспитательно - образова-тельного процесса. Мы регулярно проводим родительские собрания, приглашая всех специалистов работающих в ортопедическом режиме. А также устраиваем совместно с родителями спортивные досуги, совместные занятия ЛФК, развлечения и праздники. Родители активно, заинтересованно принимают участие в создании развивающей среды в группе.

**Контрольные вопросы**

* Какие причины нарушений опорно-двигательного аппарата?
* Назовите виды нарушений опорно-двигательного аппрарата?
* Принципы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата?
* Условия проведения коррекционно-педагогической работы и требования к предметно-развивающей среде?
* Какие методы и приемы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата?
* Формы работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
* Организация работы с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата в условиях ДОУ