

Нарушения опорно-двигательного аппарата

Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и церебральным параличом

К категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата относятся дети с детскими церебральными параличами, с последствиями полиомиелита, с прогрессирующими нервно-психическими заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.), с врожденным или приобретенным недоразвитием или деформацией опорно-двигательного аппарата.

Основную массу детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами (далее – ДЦП). ДЦП – это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы (далее – ЦНС) за функционированием мышц.

У детей с ДЦП наблюдаются:

- сильное отставание в развитии двигательных функций, так например, поза сидения в норме формируется к 7-9 месяцам. У детей с ДЦП такое положение тела оказывается освоенным примерно к 2-3 годам. Лишь половина дошкольников с ДЦП овладевают ходьбой к 4 годам, остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают вовсе;
- с трудом формируются навыки самообслуживания. Одной из главных причин, затрудняющих формирование, например, навыка приема пищи является недостаточное развитие зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз-рука» и «рука-рот», поэтому ребенок долгое время не может самостоятельно есть. Эти схемы движения необходимо развивать;
- часто страдает произвольность внимания (возникновение и поддержание внимания требует от ребенка волевой активности), его устойчивость и переключаемость. Ребенок с трудом и на короткое время сосредоточивается на предлагаемом объекте или действии, часто отвлекается;
- нарушена пространственная ориентация. Это проявляется в замедленном освоении понятий, обозначающих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое;
- недостаточность зрительно-моторной координации, поэтому ребенок не в состоянии следить глазами за своими движениями, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образа восприятия, препятствует развитию предметной деятельности, пространственных представлений, наглядно-действенного мышления, конструирования, а в дальнейшем тормозит усвоение учебных навыков, развитие познавательной деятельности в целом;
- отмечаются особенности развития памяти. У некоторых детей с ДЦП механическая память (элементы запоминаемого материала не связаны между собой) по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее тогда

- механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Задерживается развитие словесно-логической памяти (элементы запоминаемого материала связаны между собой определенной логической связью);
- мыслительные процессы (анализ синтез, сравнение, классификация, обобщение) характеризуются крайней медлительностью. Это обусловлено отсутствием практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении. Ребенок познает мир, основываясь лишь на наблюдениях, поэтому в психическом развитии ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнял и выполнить не может;
 - дети с трудом улавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира;
 - отставание в развитии речи для ДЦП связано с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики (деятельность органов речи: губ, языка мягкого неба, необходимых для произнесения звуков речи) отмечается у детей, у которых значительно повреждены верхние конечности. Обычно доречевой период при ДЦП затягивается на 2-3 года. Как правило, фразовая речь формируется к 4-5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5-7 лет) идет ее интенсивное развитие;
 - расстройства эмоционально-волевой сферы у одних детей могут проявляться в виде повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — наоборот, в виде заторможенности, вялости;
 - подавляющее большинство детей с церебральным параличом в возрасте 4—5 лет не могут выполнить даже самых примитивных рисунков. Их графическая деятельность носит характер до изобразительного черкания – каракули.

Если для Вашего ребенка характерны указанные черты, то он может посещать дошкольные образовательные учреждения (далее – ДОУ) компенсирующего вида, группы комбинированного вида, инклюзивные группы, группы ранней помощи, лекотеки, группы «Особый ребенок» при ДОУ компенсирующего вида.

Большинство детей с детским церебральным параличом нуждаются в индивидуальной программе развития в дошкольном возрасте.

В школьном возрасте Вашему ребенку лучше посещать образовательные организации, реализующие адаптированные образовательные программы для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата или обучаются на дому. При этом возможна интеграция в детской среде во второй половине дня или в рамках внеурочной деятельности, в учреждениях дополнительного образования.

Прогноз психического развития Вашего ребёнка связан с глубиной поражения двигательной сферы. Решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы и других сенсорных и регуляторных систем. Поэтому своевременно начатая реабилитационная (комплекс мероприятий, направленных на формирование и развитие систем организма и способностей ребенка, естественное становление которых затруднено наличием нарушений или болезни) и коррекционная работа имеют важное значение в ликвидации дефектов речи, зрительно-пространственных функций, личностного развития.

Рекомендации по воспитанию ребенка с ДЦП в условиях семьи

- Усаживайте ребенка на занятиях и в повседневной жизни в соответствии с тяжестью заболевания с учетом рекомендаций невролога, инструктора по ЛФК.
- Следите за осанкой во время занятия, длительность которого должно быть не более 20 минут.
- Необходимо чередование положения ребенка за столом. Рекомендуется подбор щадящих положений (на животе, спине, сидя по-турецки).
- Особое внимание уделяйте развитию двигательных навыков, которые больше всего необходимы в жизни, и прежде всего – обеспечивающие ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность и самообслуживание.
- При затруднительном движении рук, выраженных нарушениях мелкой моторики кисти и пальцев, отрабатываются вначале отдельные действия: захватывание и удержание, переключивание предметов из руки в руку и др., которые необходимы для конкретно отрабатываемого на данном этапе бытового действия. Обучение в этом случае осуществляется пассивно-активным методом, это взрослый как бы сам проделывает действия рукой ребенка: вкладывает предмет в руку ребенка, способствует его удержанию, направляет движение руки, развивая тем самым ощущение от движения, мышечный контроль.
- Подход к формированию навыков личной гигиены, самообслуживания должен быть максимально индивидуализирован в зависимости от двигательных возможностей Вашего ребенка. Обучение тому или иному навыку осуществлять на основе освоенного ребенком двигательного умения, полученного в результате лечения по восстановлению нарушенного движения, вовлекая в практическую деятельность, постепенно развивать до автоматизированного навыка.
- Если Ваш ребенок не говорит, то Вы должны знать жесты или другие знаки ребенка. Если нет системы знаков, то Вы должны разработать ее для ребенка.
- Основными методами по развитию речи ребенка являются действия с натуральными предметами и их изображениями, наблюдения на прогулках и экскурсиях, просмотр кинофильмов и диафильмов, беседы, чтение стихов, рассказов, сказок, составление тематических альбомов, лото и т.д. Используйте фольклорный материал, богатый своей ритмичностью и музыкальностью, повторами (потешки, припевы, пословицы, хороводные песенки).
- Ребенка нужно учить не реагировать на критические замечания по поводу его речи со стороны окружающих, особенно незнакомых людей. Вам следует показать, как можно вести себя в подобных ситуациях не реагировать на замечания и советовать ребенку продолжать спокойно заниматься своим делом.
- При повышенном слюнотечении постоянно контролируйте положение рта ребенка и напоминайте ему о необходимости держать рот закрытым вне еды и разговора. Обучайте жеванию и глотанию во время еды с закрытым ртом.
- Прежде чем учить ребенка рисовать, лепить уточните у врача особенности двигательной функции рук. Например, аппликация доступна ребенку, имеющему низкий уровень графических (рисование) возможностей вследствие поражения рук, поэтому использование трафарета будет способствовать развитию правильного движения, и это позволит расширить графические возможности ребенка с пораженными руками.
- При отработке движений одной руки важно следить за тем, чтобы не появлялось оральных синкинезий (содружественных движений в лицевой мускулатуре) и содружественных движений в другой руке, чтобы все движения осуществлялись под контролем зрения.
- Если ребенок не может удержать кисть и карандаш, то рисунок он выполняет пальцем, обмакивая его в краску. Очень полезно для рук занятия лепкой.

- Бережно относитесь к детским работам, сохраняйте их, чтобы Ваш ребенок мог видеть положительные результаты своего обучения и лечения.
- Для снижения гиперкинезов (насильственные, произвольные, т.е. независимые от ребенка движения) необходимо воспользоваться такими приемами, как крепкое сжатие кисти руки ребенка (в отдельных случаях требуется на руку ребенка надеть браслеты - утяжелители).
- Учитывайте быструю утомляемость ребенка, поэтому обучайте его на доступном материале, чтобы он мог увидеть результат своей деятельности. В ходе занятий, игр, различных упражнений необходимо применять различные формы поощрения ребенка.
- Постепенно развивайте у ребенка правильное отношение к своему состоянию, к своим возможностям. В зависимости от Вашей реакции и поведения ребенок будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь определенных успехов. Отношение родителей и членов семьи к ребенку должно быть позитивным, доброжелательным, но не жалостливым.

<http://ovz.ipk74.ru>– «Понимаем. Принимаем. Помогаем».