**Нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА).**

**Структура двигательного дефекта. Детский церебральный паралич: классификация параличей, особенности психического развития детей с ДЦП.**

**Структура двигательного дефекта при нарушениях опорно-двигательного аппарата (НОДА)** включает в себя задержку формирования, недоразвитие или утрату двигательных функций. У детей с НОДА ведущим является двигательный дефект.

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

**Виды нарушений опорно-двигательного аппарата**

**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.

## Классификация на основе двигательной функции

Травма мозга, вызывающая ДЦП, влияет на двигательную функцию, способность контролировать тело в желаемом направлении. Две основные группы включают спастическую и неспастическую. Каждая из них имеет множество вариаций, и возможна смесь обоих типов.

**Спастический ДЦП** характеризуется повышенным мышечным тонусом.

**Неспастический ДЦП** проявляется сниженным или нестабильным мышечным тонусом.

Классификация двигательной функции дает как описание того, как поражено тело ребенка, так и области поражения мозга. Использование двигательной функции дает родителям, врачам и терапевтам очень конкретное, но широкое описание симптомов ребенка, что помогает врачам выбирать лечение с наилучшими шансами на успех.

### Мышечный тонус

Многие термины двигательной функции описывают влияние ДЦП на мышечный тонус и то, как мышцы работают вместе. Правильный мышечный тонус при сгибании руки требует сокращения бицепса и расслабления трицепса. Когда мышечный тонус нарушен, мышцы не работают вместе и могут даже работать в противофазе друг другу.

Для описания мышечного тонуса используются два термина:

**Гипертония/Гипертонус** — повышенный мышечный тонус, часто приводящий к очень жестким конечностям. Гипертония связана со спастическим церебральным параличом

**Гипотония**— пониженный мышечный тонус, часто приводящий к свободным, вялым конечностям. Гипотония связана с неспастическим церебральным параличом

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.

**Особенности психического развития детей с ДЦП**

Степень отклонения психоэмоционального развития ребенка от нормальных показателей зависит от многих факторов. И прежде всего – это психическое развитие ребенка и степень поражения его головного мозга. Однако не меньшее значение имеет отношение к ребенку окружающих людей.

Психоэмоциональный отклонения детей с ДЦП могут проявляться по-разному. Так, отдельные дети излишне раздражительны, возбудимы, для них характерна резкая смена настроения на протяжении дня.

Некоторые же ребята наоборот, застенчивы, боязливы, они с трудом идут на контакт с окружающими, не проявляют инициативы в своих действиях.

Для большинства детей характерна задержка психического развития по типу инфантилизма. Это означает, что у них обнаруживается недоразвитость эмоционально-волевой сферы личности.

Интеллект в таких случаях может соответствовать норме. Однако обнаруживается незрелость именно эмоциональной сферы.

Родители больного ребенка должны знать, что вся ответственность за его психическое развитие, за формирование его характера и прочее лежат на них. Чрезмерна опека и жалостливость приведут в конечном счете к тому, что он еще больше замкнется в себе, не будет формироваться, как личность.

Характер поведения детей

При нарушениях психического развития, связанных с ДЦП, наблюдаются такие особенности в поведении детей:

* ребенок руководствуется главным образом эмоциями, связанными с удовольствием;
* детям с ДЦП присуща эгоцентричность;
* они не могут целенаправленно работать в коллективе;
* они не умеют соотносить собственные интересы с интересами окружающих их людей;
* в поведении присущи элементы инфантильности;
* даже в старшем школьном возрасте таким детям присущ повышенный интерес к играм;
* они чрезвычайно внушаемы, неспособны к волевым усилиям над собой;
* поведение также характеризуется нестабильностью эмоций, расторможенностью;
* дети, как правило, быстро утомляются;
* они тяжело адаптируются к новым условиям, им присущи разные страхи – чаще всего страх высоты, темноты и проч.;
* дети очень чутко относятся к настроению и поведению других, что отображается в повышенной впечатлительности: нейтральные для других детей происшествия могут вызвать у них бурную реакцию.
* нередки нарушения сна, появление ночных кошмаров, ночной тревожности.

**Факторы, оказывающие влияние на волю ребенка** можно разделить на:

* внешние, к которым относятся условия и характер заболевания, отношение окружающих к больному ребенку;
* и внутренние, такие, как отношение ребенка к самому себе и к собственной болезни.

Слабость воли у большинства детей, страдающих ДЦП, напрямую связана с особенностями воспитания. Очень часто в семье с больным ребенком можно наблюдать такую картину: внимание близких сосредоточено исключительно на его болезни, родители проявляют беспокойство по каждому поводу, ограничивают самостоятельность ребенка, опасаясь, что он может пораниться или упасть, оказаться неловким. В такой ситуации сам ребенок неизбежно будет чрезмерно беспокоен и тревожен. Даже грудные малыши тонко чувствуют настроение близких и атмосферу окружающего их пространства, которые в полной мере передаются и им. Эта аксиома верна для всех детей – и больных, и здоровых. Что же говорить о детях, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, которых отличает повышенная впечатлительность и острота чувств?

Или еще одна картина: несчастная мать, которая, заботясь о ребенке, забывает о своей собственной жизни и становится заложницей болезни. Она выглядит уставшей и несчастной. Но любому ребенку нужна счастливая мать, способная отдавать любовь и тепло, а не свое здоровье и нервы. У больного малыша такая потребность в тысячу раз выше.

Все это приводит к тому, что ребенок растет безынициативным, неуверенным в своих силах и возможностях, робким. Он смиряется со своей болезнью и не стремится к самостоятельности. Он заранее рассчитывает на то, что окружающие все сделают вместо него. Со временем ребенок привыкает к такому положению вещей, находит его удобным. А отсюда и появляется ярко выраженный эгоцентризм, стремление манипулировать людьми.

Важность воспитательной позиции родителей по отношению к детям с ДЦП подтверждает и тот факт, что встречающиеся среди них ребята с высоким уровнем волевого развития являются выходцами из благополучных в смысле психологического климата семей. В таких семьях родители не зациклены на болезни ребенка. Они стимулируют и поощряют его самостоятельность в пределах допустимого. Они стараются сформировать у ребенка адекватную самооценку. Их отношение можно выразить формулой: “Если ты не похож на других, это не значит, что ты хуже”.

Нельзя упускать из виду и отношение к болезни самого ребенка. Очевидно, что и на него существенным образом влияет обстановка в семье. Исследования показали, что **осознание дефекта** у детей с ДЦП проявляется к 7-8 годам и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих и нехваткой общения.

На сложившуюся ситуацию дети могут реагировать по-разному:

1. ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению;
2. ребенок становится агрессивным, легко идет на конфликт.

Нелегкая задача по формированию у ребенка отношения к собственному физическому дефекту опять же ложится на плечи родителей. Очевидно, что этот непростой период развития требует от них особенного терпения и понимания. Нельзя пренебрегать и помощью специалистов. К примеру, переживания ребенка по поводу своей внешности вполне реально преодолеть благодаря хорошо поставленной психологической работе с ним.

Таким образом, особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы ребенка с ДЦП во многом зависят не только от специфики заболевания, но в первую очередь от отношения к ребенку родителей и близких. А потому не стоит считать, что причина всех неудач и сложностей воспитания – недуг малыша. Поверьте, в ваших руках достаточно возможностей для того, чтобы сделать из своего малыша полноценную личность и просто счастливого человека.

**Практическая работа**

**«Проектирование организации учебно – воспитательного процесса работы с обучающимися с НОДА»**

Цель практической работы: Разработать фрагмент учебно-воспитательного процесса для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА), который будет:

Задачи работы:

1. Определить конкретный вид деятельности/учебную тему: Выбрать направление (например, урок письма, занятие по развитию моторики, игра на социальное взаимодействие).

2. Сформулировать цели и задачи: Сформулировать конкретные цели и задачи фрагмента, опираясь на особенности развития целевой группы.

3. Разработать план действий: Описать пошаговый план реализации фрагмента с указанием конкретных методов, приемов, материалов.

Этапы выполнения работы:

1. Выбор темы и целевой группы:

• Определение конкретной темы (например, "Учимся писать цифру 1", "Развиваем мелкую моторику с помощью лепки", "Играем в 'Магазин' для развития социальных навыков").

2. Постановка целей и задач:

• Цель: Общая цель фрагмента (например, научить ребенка писать цифру 1, развить мелкую моторику, сформировать навыки социального взаимодействия).

• Задачи: Конкретные, измеримые задачи (например, научить ребенка правильно держать ручку, выполнить ряд упражнений для развития моторики пальцев, разыграть сценку "Покупка в магазине").

3. Разработка плана действий:

• Этапы: Четко структурированный план, разделенный на этапы.

• Содержание каждого этапа: Описание конкретных действий педагога и ребенка/детей.

• Методы и приемы: Конкретные методы и приемы обучения/воспитания (например, показ образца, упражнения на координацию, игры, использование технических средств).

• Материалы: Перечень необходимых материалов и оборудования (например, ручка с утолщением, пластилин, тактильные материалы, дидактические игры).

• Время: Примерная продолжительность каждого этапа.

**Пример фрагмента занятия:**

**Тема: "Развитие мелкой моторики с помощью лепки".**

Целевая группа: Дошкольник (5 лет) с ДЦП, спастическая диплегия, выраженные нарушения моторики рук, трудности с захватом мелких предметов.

Цель: Развитие мелкой моторики, координации движений пальцев, тактильных ощущений.

Задачи:

• Научить ребенка правильно захватывать и удерживать пластилин.

• Развить движения пальцев при лепке простых форм (шарик, колбаска).

• Сформировать положительное эмоциональное отношение к занятиям лепкой.

План действий:

1. Подготовительный этап (5 минут):

• Организация рабочего места (стол, стул, пластилин, доска для лепки).

• Стимулирующая беседа о том, что будем лепить.

• Упражнения на расслабление рук (встряхивание, вращение кистями).

2. Основной этап (15 минут):

• Показ педагогом образца: как захватывать пластилин, как катать шарик, колбаску.

• Практическое выполнение: ребенок повторяет движения за педагогом.

• Индивидуальная помощь: педагог помогает ребенку захватывать пластилин, формировать фигуры.

• Использование тактильных материалов: лепка на разных поверхностях (крупа, ткань).

3. Заключительный этап (5 минут):

• Итог занятия: рассматривание слепленных фигур, похвала ребенка.

• Уборка рабочего места.

• Рефлексия: Обсуждение с ребенком, понравилось ли ему занятие.

Обоснование:

• Использование пластилина развивает мелкую моторику, сенсорное восприятие и координацию движений.

• Показ образца помогает ребенку визуально представить, что от него требуется.

• Использование тактильных материалов разнообразит тактильные ощущения и стимулирует развитие сенсорных каналов.

• Индивидуальная помощь со стороны педагога обеспечивает поддержку и помогает ребенку преодолеть трудности.

Ожидаемые результаты:

• Ребенок научится правильно захватывать и удерживать пластилин.

• Ребенок сможет самостоятельно лепить простые фигуры (шарик, колбаска).

• У ребенка сформируется положительное отношение к лепке.