**Государственное казенное общеобразовательное учреждение Ростовской области «Азовская специальная школа № 7»**

**Тема доклада:**

**«Психо-педагогическая характеристика детей с нарушением опорно-двигательного аппарата»**

Автор: учитель Воржева О.А.

**2025 г.**

Содержание

[1 Особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата 4](#_Toc179916269)

[2 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата 7](#_Toc179916291)

[Заключение 16](#_Toc179916297)

[Перечень использованных информационных ресурсов 18](#_Toc179916307)

**Введение**

К детям с нарушением опорно-двигательного аппарата обычно относят детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Детский церебральный паралич составляет группу расстройств двигательной сферы, которые возникают в результате поражения двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. При ДЦП происходит недостаток или отсутствие контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

Причиной возникновения ДЦП считается раннее поражение мозга, обычно внутриутробное. Оно может происходить в результате перенесения матерью во время беременности различных инфекционных заболеваний, «резус-конфликт».

Иногда к ДЦП приводят такие причины, как нарушения родовой деятельности, асфиксия плода в результате обвития пуповины вокруг шейки плода.

Редко к развитию ДЦП приводят инфекционные заболевания, осложняющиеся энцефалитом, травмы головного мозга, перенесенные ребенком уже после рождения. Детский церебральный паралич по наследству не передается.

# 1 Особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

# Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» (НОДА) носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение.

# Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата представлены следующими категориями:

# дети с церебральным параличом (ДЦП);

# с последствиями полиомиелита в восстановительной или резидуальной стадии;

# с миопатией;

# с врожденными и приобретенными недоразвитиями и деформациями опорно-двигательного аппарата.

# Причинами этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата [1].

# Клинико-психолого-педагогические особенности этой группы детей описаны в трудах М.В. Ипполитовой, Э.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, О.Г. Приходько, Н.В. Симоновой, и др. Большой вклад в изучение таких детей и разработку методов их реабилитации внесли также клиницисты К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова и др.

# 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 [3].

# 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 [3].

# Самую многочисленную группу среди детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП).

# Детский церебральный паралич — это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает под влиянием действия различных вредных воздействий внутреннего и внешнего характера на организм эмбриона, плода или новорожденного.

# В настоящее время в нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К. А. Семеновой, которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов.

# Согласно этой классификации выделяются пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

# При ДЦП, как правило, сочетаются двигательные расстройства, речевые нарушения и задержка формирования отдельных психических функций. Следует подчеркнуть, что не существует соответствия между выраженностью двигательных нарушений и степенью недостаточности других функций. Например, тяжелые двигательные нарушения могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций [4].

# Двигательные нарушения при ДЦП выражаются в поражении верхних и нижних конечностей (нарушение мышечного тонуса, патологические рефлексы, наличие насильственных движений, несформированность актов равновесия и координация, недостатки мелкой моторики). Тяжесть двигательных нарушений различна: некоторые дети не удерживают вертикального положения, сидя и стоя, могут передвигаться только в коляске; у большинства детей дефектная походка, а многие используют ортопедические приспособления — костыли, трости и т.д.; и только немногие дети способны к передвижению на значительные расстояния без вспомогательных средств [3].

# Больные дети, у которых поражены правые конечности, вынуждены пользоваться левой рукой как ведущей, что затрудняет овладение навыками самообслуживания и графическими навыками. Тонкие движения пальцев неразвиты практически у всех детей.

# 2 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата

# Обучающиеся с нарушениями опорно-двигательного аппарата частично или полностью ограничены в произвольных движениях. В зависимости от характера заболевания и степени выраженности дефекта они условно подразделяются на 3 группы.

# К первой группе относят лиц, страдающих остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника) и т. п.

# Ко второй группе относят людей, страдающих различными ортопедическими заболеваниями, вызванными главным образом первичными поражениями костно-мышечной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной и периферической нервной системы), а также людей, страдающих тяжелыми формами сколиоза [1].

# Третью группу составляют лица с последствиями полиомиелита и церебральными параличами, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата связаны с патологией развития или подтверждением двигательных механизмов ЦНС.

# При детском церебральном параличе (ДЦП) – поражении незрелого головного мозга) наблюдается сочетание нарушений функций со своеобразной аномалией психического развития, часто отмечаются речевые нарушения и задержка формирования познавательных функций, пространственно-временных представлений, практических навыков, эмоционально-волевой сферы и личности и др.

Структура нарушения интеллектуального развития при детском церебральном параличе характеризуется неравномерно обедненным багажом сведений и представлений об окружающем, который обусловлен следующими причинами: вынужденной изоляцией, ограничением контактов со сверстниками и взрослыми людьми в связи с обездвиженностью илитрудностями передвижения; затруднением познания окружающего мира всилу двигательных расстройств; нарушением сенсорных функций;неравномерным дисгармоничным характером интеллектуальнойнедостаточности, т. е. недостаточностью одних интеллектуальных функций,задержкой развития других и сохранностью третьих.

Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития [4]. При этом страдают те системы мозга, которые обеспечивают сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Отмечается недостаточность пространственных и временных представлений, часто отмечаются оптико-пространственные нарушения.

Познавательная деятельность человека с ДЦП характеризуются также замедленностью формирования психических процессов, быстрой истощаемостью, трудностями переключения на другие виды деятельности, недостаточной концентрацией внимания, замедленностью процесса восприятия, снижением объема памяти. У значительной части лиц с церебральным параличом отмечается низкая познавательная активность, которая проявляется в плохой сосредоточенности, медлительности и замедленной переключаемости психических процессов [2]. Низкая умственная работоспособность связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

По состоянию интеллекта лица с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу:

1) имеющие нормальный или близкий к нормальному интеллект;

2) имеющие задержку психического развития;

3) имеющие умственную отсталость.

Студентами колледжа (по уровню развития познавательной деятельности) могут быть лица с нарушением опорно-двигательного аппарата, которые в соответствии с данной классификацией относятся к первой группе: лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, передвигающиеся самостоятельно или с ортопедическими средствами, имеющие нормальное психическое развитие и разборчивую речь.

Для большинства обучающихся с церебральным параличом характерны также разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У части обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ДЦП) они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости. Склонность к колебаниям настроения нередко сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой обстановке; при утомлении иногда отмечается эйфория (радостное, приподнятое настроение со снижением критического восприятия окружающего).

У студентов с церебральным параличом в большинстве случаев наблюдается своеобразное формирование личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Это затрудняет процесс социальной адаптации.

Длительное ограничение двигательной активности лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, их обособленность от среды нормально развивающихся сверстников, гиперопека со стороны родителей, чрезмерная заостренность внимания на своем дефекте – все это предопределяет своеобразие их развития. При изучении личностных качеств обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата выяснено, что у многих из них снижены мотивы учебной деятельности.

Это проявляется в познавательной пассивности, нерегулярности выполнения учебных заданий, нарушениях внимания при восприятии учебного материала. Отмечено, что волевые качества личности (целеустремленность, настойчивость, инициативность, самостоятельность, сдержанность) у лиц с нарушениями опорнодвигательного аппарата недостаточно развиты по сравнению с их нормальными сверстниками.

Специалисты также отмечают тесную взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями при ДЦП. Патологические тонические рефлексы отрицательно влияют и на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольные движения нижней челюсти, языка. Это негативно отражается на формировании голосовой активности и нарушает звукопроизносительную сторону речи. Отмечается определенная зависимость между степенью нарушений артикуляционной моторики и степенью тяжести нарушений функций рук.

Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у лиц, которых имеются значительные поражения верхних конечностей.

Особенности учебной деятельности учащихся с двигательными нарушениями в значительной степени также определяются различными нарушениями речи. Остановимся на тех, которые в наибольшей степени влияют на усвоение программного материала и чаще встречаются у детей с церебральным параличом. Характерными проявлениями речевых расстройств являются разнообразные нарушения звукопроизносительной стороны речи. В некоторых случаях отдельные звуки вообще не произносятся, в других произносятся искаженно, в-третьих, заменяются другими [2]. Тяжесть нарушений звукопроизносительной стороны речи усиливается за счет дыхательных расстройств: речевой выдох укорочен, во время речи ребенок производит отдельные вдохи, речь теряет плавность и выразительность.

Нередко наблюдаются различные нарушения голоса; он отличается монотонностью, немодулированностью, часто имеет гнусавый оттенок. У некоторых детей отмечаются разнообразные насильственные движения в речевом аппарате, которые особенно ярко проявляются при устных ответах и могут вызывать неестественную улыбку, гримасы, непроизвольное открывание рта, выбрасывание языка вперед. Иногда эти проявления в сочетании с усиленным слюнотечением, непонятной речью, неадекватной мимикой, насильственным смехом вызывают затруднения при определении степени усвоения программного материала и оценке знаний учащихся.

В устных ответах такие учащиеся стараются выражать свою мысль экономно, сжато, они отвечают речевыми штампами и только на вопросы учителя. Случается, что детям трудно сразу ответить на заданный вопрос, им требуется какое-то время для подготовки к ответу; они могут вообще отказаться отвечать. Подготовка к ответу требует определенной настройки речевого аппарата (преодоление насильственных движений, подготовка дыхания, произвольное подключение голоса) [5]. Нередко нарушения звукопроизношения сочетаются с трудностями различения звуков речи на слух. В этих случаях дети смешивают близкие по звучанию звуки, например, свистящие и шипящие, твердые и мягкие, звонкие и глухие. Например: учитель произносит слова типа коса-коза, ел-ель, суп-зуб, бочка-почка и т.д., дети не различают близкие по звучанию звуки, и поэтому делают ошибки при письме подобных слов на слух.

Другой особенностью устной речи таких детей является своеобразие развития лексико-грамматической стороны речи. Их словарный запас ограничен, особенно заметно недостаточное понимание значений многих слов и понятий, встречающихся при прохождении программного материала. У детей лимитировано понимание многозначности слов, различение смысловых оттенков отдельных выражений в зависимости от контекста.

Это приводит к тому, что в устной речи дети пользуются в основном короткими, шаблонными, стереотипными фразами, а иногда предпочитают общаться отдельными словами. Мы не останавливаемся на подробной характеристике речевых нарушений, понимание которых требует специальной логопедической подготовки. Здесь мы описываем те речевые расстройства, которые встречаются у большинства детей с церебральным параличом и влияют на процесс усвоения программного материала.

В письменной речи обнаруживается смешение, замены и пропуски звуков, искажаемых при произношении. Считаем необходимым подчеркнуть, что эти затруднения при письме очень часто не соответствуют состоянию устной речи [6].

Встречаются дети, у которых грубые нарушения звуко-произносительной стороны речи никак не отражаются на письме. И, наоборот, в некоторых случаях даже незначительное нарушение звукопроизношения может вызывать затруднения в письме. Наибольшую сложность для учителей представляют дети, у которых в письменной речи отмечаются ошибки, связанные с недостатком дифференцирования звуков, сходных по звучанию. Примером таких ошибок могут быть смещение и замены звонких и глухих согласных, шипящих и свистящих, мягких и твердых: дочка-точка, мышка-миска, угол-уголь и т.д. Эти ошибки могут быть вызваны как нарушением фонематического слуха, общим снижением слуха и нарушением слухового восприятия, так и нарушением внимания, работоспособности и неумением выполнить мыслительные операции, необходимые для сравнения слова со слуховыми и зрительными образами.

Чаще всего учителю приходится сталкиваться с обедненностью и некоторой шаблонностью письменной речи таких учащихся. Если учитель видит, что ученик пропускает слова, ошибается в согласовании слов и предложений, в слитном написании слов, то его надо обязательно показать логопеду, который сможет определить причину этих нарушений и дать педагогу конкретные рекомендации.

Описывая трудности, которые испытывают дети при усвоении программного материала, нельзя не остановиться на особенностях их психической деятельности. Встречаются дети, медленно включающиеся в задание. В таких случаях требуется индивидуальный подход со стороны учителя, который должен в ряде случаев повторить задание, заострив внимание на трудных местах, спокойным голосом побудить ребенка к его выполнению. Если ребенок с трудом переключается с одного вида работы на другую, ему следует перед выполнением нового задания [3]. Для таких детей характерна низкая и неустойчивая работоспособность и повышенная истощаемость внимания, которая приводит к ряду разнообразных ошибок, связанных с пропусками букв, слогов, слов, перестановками их, недописыванием слов, предложений, с неразличением сходных по звучанию звуков. Такие учащиеся могут одни и те же задания в разное время выполнить лучше или хуже, т.е. количество и качество их ошибок отличается непостоянством.

Взаимодействие органических, социальных и психологических факторов приводит к нарушениям формирования личности детей с ДЦП, что в свою очередь негативно отражается на взаимодействии с окружающими и приводит к трудностям их социальной адаптации.

Личность учащихся с ДЦП характеризуется высоким уровнем невропатизации, низкой самооценкой, фиксацией на двигательном дефекте, неадекватной оценкой себя как субъекта профессиональной деятельности, неадекватностью профессиональных интересов и внутренней картиной болезни. У большинства старших школьников ориентация на профессию происходит без учета тех ограничений, которые накладывают хроническое индивидуализирующее заболевание. Они демонстрируют профессиональные намерения свойственные более младшему возрасту, не учитывающие реальных возможностей. Эти особенности формируются в результате неправильного воспитания, условий жизни, отношения окружающих и негативно отражаются на их взаимоотношениях с окружающими, в частности, возникает повышенная зависимость от родителей.

Наличие двигательной патологии, изнеживающее воспитание, социальная депривация способствуют закреплению или выявлению конституционально обусловленных черт астено-невротического, сенситивного и психастенического типов акцентуаций характера, что позволяет рассматривать подростков с ДЦП как «группу риска» в отношении дезаптационных срывов.

Все вышеназванные особенности развития и трудности обучения необходимо учитывать при организации учебно-воспитательной работы с детьми, имеющими двигательные нарушения вследствие ДЦП. Особую важность это приобретает в условиях инклюзивного образования, т.к. включение детей с двигательными нарушениями в педагогический процесс общеобразовательной школы создает для них дополнительные трудности и негативные особенности развития проявляются более ярко [1].

На современном этапе всё более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной задачей системы обучения и воспитания детей с двигательными нарушениями является их социальная адаптация и интеграция в общество. Отклонения в развитии у детей с патологией опорно-двигательного аппарата отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). В настоящее время дошкольники с двигательными нарушениями широко интегрированы в дошкольные учреждения общего вида. Дети с легкой двигательной (ортопедической) патологией не испытывают трудностей в коллективе здоровых сверстников, успешно осваивают программу массового детского сада.

Дети с двигательными нарушениями неврологического характера часто испытывают трудности в адаптации к условиям массового образовательного учреждения, так как у этих детей нарушения движения часто сочетаются с недостатками речевого и познавательного развития. При принятии решения о поступлении ребенка с двигательной патологией в общеобразовательное учреждение необходимо тщательно проанализировать возможные риски.

Нецелесообразно рекомендовать инклюзивное дошкольное образование детям с тяжелыми двигательными нарушениями, неспособным к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Большие трудности могут испытывать дети, у которых двигательные нарушения сочетаются с нарушениями зрения или слуха. Таким детям можно рекомендовать посещение лекотеки, группы кратковременного пребывания, центра игровой поддержки и других структурных подразделений. По мере положительного изменения их состояния дети могут быть переведены в массовые группы.

Нецелесообразно интегрировать детей с сочетанием двигательных и тяжелых интеллектуальных нарушений. В случаях же, когда легкие двигательные нарушения сочетаются с негрубым отставанием в познавательном развитии, совместное обучение и воспитание таких детей с нормально развивающимися сверстниками в условиях ДОУ может выступать как важный диагностический этап, который покажет родителям и педагогам истинные возможности ребенка и позволит правильно выбрать дальнейший педагогический маршрут. Вопрос об инклюзии дошкольников с двигательными нарушениями должен всякий раз решаться индивидуально и очень взвешенно. Опыт показывает, что достаточно успешными в условиях интеграции оказываются только дети без неврологических нарушений [2]. Дети с органическим поражением центральной нервной системы обычно должны пройти предварительные этапы в виде посещения службы ранней помощи, лекотеки и других структурных подразделений, прежде чем будут готовы к совместному пребыванию со здоровыми сверстниками.

# Заключение

# Особенности психического развития детей с НОДА связаны с поражением двигательной сферы. В следствии этого могут быть отмечены:

# нарушения речи;

# часто отмечаются снижения слуха, что приводит к трудностям при обучении письму и чтению;

# нарушена пространственная ориентация, в следствии этого проявляется замедленное формирование понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое;

# во время письма выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность). Дети не могут соблюдать линейки в тетради, различать ее правую и левую стороны, могут начать писать или рисовать в любом месте тетради или альбома, читать с середины страницы;

# расстройства внимания и памяти проявляются в повышенной отвлекаемости, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной;

# особенности эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов. Склонность к колебанию настроения часто сочетается инертностью эмоциональных реакций. Начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Эти проявления нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакциями протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении;

# так же возможно проявление психического инфантилизма, который выражается в наличии несвойственных данному возрасту черт детскости, непосредственности, склонности к фантазированию и мечтательности, преобладанию игровых интересов;

# ограниченность общения, в следствии чего может быть бедное представление об окружающем мире, трудности в социализации, адаптации. Паталогическое формирование личности.

# Перечень использованных информационных ресурсов

1. Бабенкова Р.Д. Обучение технике письма учащихся с церебральными параличами. Методические рекомендации. - М., 2021.
2. Зинченко С.С. Дистанционное обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / С.С. Зинченко. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2015. — № 2 (82). — С. 523-525. — URL: https://moluch.ru/archive/82/14941/
3. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппрата : учеб.пособие для студентов / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. - Москва : Академия, 2021. - 192 с.
4. Особые дети и взрослые в России: закон, правоприменение, взгляд в будущее. Основные проблемы и пути их решения [Электронный ресурс] / Е.Ю. Заблоцкис - М. : Теревинф, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785421202967.html>
5. Симонова Т.Н. Развитие познавательной и эмоционально-личностной сферы дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями (http://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-poznavatelnoy-i-emotsionalno-lichnostnoy-sferydoshkolnikov-s-tyazhelymi-dvigatelnymi-narusheniyami)
6. Специальная дошкольная педагогика / Стребелева Е. А. [и др.] ; под ред. Е. А. Стребелевой. - Москва : Академия, 2022. - 312 с.