**Реферат по теме:**

**Психофизиологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

**Содержание**

Введение

. Понятие детского церебрального паралича и причины его развития

. Индивидуально-психологические особенности детей, страдающих детским церебральным параличом

.1 Особенности когнитивного развития детей страдающих детским церебральным параличом

.2 Своеобразие личностной сферы детей с двигательными нарушениями

. Система обучения детей с детским церебральным параличом в России

Заключение

Список литературы

**Введение**

Когда родители сталкиваются с тем, что их дети страдают нарушениями опорно-двигательного аппарата, это становится тяжелым ударом для них. В этом случае речь чаще всего идет о явлении, которое  
 известный австрийский врач и психолог Сигизмунд Фрейд в конце девяностых годов прошлого столетия объединил под названием детский церебральный паралич. Хотя, по сути, речь идет не о параличе, как таковом, а о нарушенной координации движений, связанной с поражением определенных структур головного мозга, возникающем в до и послеродовом периоде развития ребенка и в результате родовой травмы.

Учитывая особенности этого недуга, следует отметить, что трудности для ребенка связаны не только с передвижением, но и овладением речью, мыслительными операциями. В целом детский церебральный паралич, как и другие нарушения опорно-двигательного аппарата влияют на ход психического развития ребенка.

Вспомним, что различные формы чувственного познания (ощущение, восприятие и представление) являются основными ступенями в развитии чувственных знаний человека об окружающей действительности. А церебральный паралич резко ограничивает их двигательную активность. Таким образом, развитие познавательной деятельности задерживается.

Целью данной работы является изучение психофизиологических особенностей детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. В соответствии с целью работы были поставлен ряд задач:

Определить виды нарушений опорно-двигательного аппарата, основные причины их возникновения.

Выявить характерные особенности когнитивного развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (в том числе детей, страдающих детским церебральным параличом).

Проанализировать особенности личностной сферы детей, ограниченных в движении.

Систематизировать полученный теоретический материал и сформулировать основные выводы.

Объектом работы является психофизиологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Предметом - особенности когнитивной и личностной сферы детей страдающих детским церебральным параличом, как наиболее часто встречающимся заболеванием, определяющие специально организованное их обучение.

Структура работы соответствует поставленным целям и задачам состоит из введения, трех параграфов, заключения, списка используемой литературы.

**1.** **Понятие детского церебрального паралича и причины его развития**

Детские церебральные параличи - это группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений.

Отечественным исследователям Л.О. Бадалян и К.А. Семеновой удалось сформулировать классификацию форм ДЦП с учетом не только развития двигательной сферы, но и интеллектуальной, психоречевой и эмоциональной сферы:

Двойная спастическая гемиплегия (выражены все тонические рефлексы с ригидностью.

Спастическая диплегия.

Гемипарез.

Гиперкинетическая форма (двойной атетоз, атетозный болизм, хореатическая форма и хореический гиперкинез).

Атонически-астатическая форма ДЦП.

Причины развития детских церебральных параличей различны. К первой группе причин относят инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, грипп и др.), сердечно сосудистые и эндокринные нарушения у матери, токсикозы беременности, иммунологическую несовместимость крови матери и плода, перенесенные во время беременности психические и физические травмы, асфиксию, внутриутробную травму. Ко второй группе причин относят церебральные параличи вследствие менингита, энцефалита, менингоэнцефалита, черепно-мозговых травм.

Ведущими в клинической картине детских церебральных параличей являются двигательные нарушения, которые характеризуются центральными параличами определенных групп мышц, расстройствами координации, гиперкинезами. Двигательные нарушения часто сочетаются с речевыми и психическими расстройствами, эпилептиформными припадками.

Двигательные нарушения при детских церебральных параличах обусловлены тем, что повышенный мышечный тонус, сочетаясь с патологическими тоническими рефлексами (тонический лабиринтный и шейные рефлексы), препятствует нормальному развитию возрастных двигательных навыков. Тонические рефлексы являются нормальными рефлексами у детей в возрасте до 2-3 мес. Однако, при детских церебральных параличах их обратное развитие задерживается, и они значительно затрудняют двигательное развитие ребенка. Выраженность тонических рефлексов зависит от тяжести поражения мозга. В тяжелых случаях они резко выражены и их легко обнаружить. При более легких поражениях дети научаются тормозить рефлекс. Тонические рефлексы оказывают влияние и на мышечный тонус артикуляционного аппарата.

**2. Индивидуально-психологические особенности детей, страдающих детским церебральным параличом**

**.1 Особенности когнитивного развития детей страдающих детским церебральным параличом**

Нарушения опорно-двигательного аппарата, как уже говорилось, определяет развитие познавательной сферы детей. Так восприятие пространства рассматривается как результат совместной деятельности различных анализаторов, среди которых особо важное значение имеет двигательно-кинестетический. У детей с церебральными параличами имеет место недоразвитие пространственного гнозиса, что связано с недоразвитием или поражением теменной доли больших полушарий головного мозга и с нарушениями зрительного восприятия. В свою очередь, нарушения зрительного восприятия связаны с недостаточностью фиксации взора и конвергенции, сужением полей зрения, птозом, двоением, нистагмом и снижением остроты зрения. Нарушения подвижности глазных яблок являются следствием пареза мышц, двигающих глазное яблоко. Нарушения слухового восприятия также имеют значение в нарушении формирования пространственного гнозиса. Подобные сенсорные нарушения в дальнейшем служат причиной нарушения внимания и неумения сосредоточиться на задании.

Наличие патологических тонических рефлексов и парезов рук приводит к недоразвитию зрительно-моторной координации. Наряду с нарушением формирования пространственного гнозиса это затрудняет формирование восприятия формы и овладение умением соотносить в пространстве объемные и плоские величины. При этом страдает также развитие схемы тела. Задерживается формирование понятий «правое» и «левое». Большое значение в недоразвитии схемы тела имеют недостаточность кинестетических ощущений, недоразвитие реакции равновесия, поражение нижней части теменной доли правого или левого полушария мозга. Так, при поражении левой теменной доли с большим трудом формируются представления о правом и левом, развиваются элементы астереогнозии, в дальнейшем затруднено усвоение письма, чтения и счета.

Речевые нарушения у детей с церебральными параличами характеризуются задержкой речевого развития, дизартрией и алалией. Задержка речевого развития отмечается уже в доречевой период. Гуление и лепет появляются поздно, отличаются фрагментарностью, бедностью звуковых комплексов, малой голосовой активностью. Первые слова также запаздывают, активный словарь накапливается медленно, формирование фразовой речи нарушается. Задержка речевого развития, как правило, сочетается с различными формами дизартрии или алалии.

У детей с церебральными параличами наиболее часто отмечается псевдобульбарная дизартрия. Для этой формы дизартрии характерно повышение тонуса речевой мускулатуры. Язык в полости рта напряжен, его спинка спастически изогнута, кончик не выражен. Губы спастически напряжены. Повышение мышечного тонуса может чередоваться с гипотонией или дистонией в отдельных мышечных группах артикуляционного аппарата. Парезы артикуляционных мышц вызывают расстройство звукопроизношения по типу псевдобульбарной дизартрии. Характерны нарушение голосообразования и расстройство дыхания. Часто наблюдаются содружественные движения (синкинезии) в артикуляционной мускулатуре.

Наряду с псевдобульбарной дизартрией, которая может встречаться при всех формах церебрального паралича, имеют место и другие формы дизартрии. Так, экстрапирамидная форма дизартрии наблюдается при гиперкинетической форме детского церебрального паралича. Эта форма характеризуется мышечной дистонией, гиперкинезами артикуляционных мышц, выраженным нарушением интонационной стороны речи. При атонически-астатической форме детского церебрального паралича отмечается мозжечковая дизартрия, особенностью которой является асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь носит замедленный и толчкообразный характер. К концу фразы голос затихает (скандированная речь). Часто встречается смешанная дизартрия. Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической и семантической. При сенсорной алалии затруднено понимание обращенной речи. Отмечаются выраженные нарушения фонематического восприятия, вторично страдает развитие моторной речи.

Таким образом, речевые нарушения у детей с церебральными параличами редко бывают изолированными. Чаще дизартрия сочетается с задержками речевого развития или с алалией.

Интеллектуальное развитие детей с церебральными параличами протекает в неблагоприятных условиях и часто задерживается или искажается. Интеллект при детских церебральных параличах бывает изменен по-разному: примерно 30% детей имеют недоразвитие интеллекта по типу олигофрении, у 25-30% интеллект сохранен, а у остальных наблюдается задержка интеллектуального развития, обусловленная двигательными, речевыми и сенсорными расстройствами.

**2.2 Своеобразие личностной сферы детей с двигательными нарушениями**

У больных детскими церебральными параличами часто отмечаются эмоциональные нарушения, которые проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов. Страх нередко возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки. Некоторые дети боятся высоты, закрытых дверей, темноты, новых игрушек, новых людей. У детей с гиперкинетическим синдромом страхи могут перерасти в синдром витальной (жизненной) дизадаптации. При этом на различные зрительные и слуховые раздражители дети отвечают не ориентировочной, а защитной реакцией. Отмечаются повышенная возбудимость, слабая воля, неумение преодолевать препятствия и слабая мотивация к их преодолению.

У детей старшего возраста развиваются вторичные эмоциональные нарушения как реакция на свой дефект. У них наблюдается склонность к невротическим нарушениям. Кроме того, возникает угроза патологического развития личности по тревожно-мнительному, аутистическому (уход в себя, в мир своих фантазий) или инфантилизированному типу.

Кроме того, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата зачастую отличают замкнутость, пониженный фон настроения, высокий уровень агрессивности. Особенности когнитивной сферы определяют недостаточный уровень развития волевой сферы.

**3. Система обучения детей с детским церебральным параличом в России**

**церебральный паралич когнитивный психологический**

Создание специализированных школ обусловлено реальной потребностью - более тысячи детей в возрасте от 6 до 18 лет нуждающихся в особых условиях и методиках обучения.

Цель создания таких школ - восстановление, формирование и развитие двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовая адаптация и интеграция в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности.

Основные задачи, стоящие перед педагогическим коллективом специализированных школ для детей с ДЦП: изучение психофизических особенностей детей с детским церебральным параличом; изучение возможностей их бытовой, учебной и социальной адаптации, выявление трудностей и причин, их обуславливающих; разработка системы психолого-педагогической поддержки учащихся на разных возрастных этапах; содержание специальных занятий по коррекции нарушенных функций, обоснование вариативности форм учебно-воспитательного процесса; разработка специальных учебных планов, адаптирование программного материала по основным предметам.

В настоящее время существует восемь основных видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития. Чтобы исключить вынесение диагнозных характеристик в реквизиты этих школ, в нормативно-правовых и официальных документах эти школы называются по их видовому порядковому номеру: специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида (школа-интернат для глухих детей); специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида (школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей); специальное (коррекционное) образовательное учреждение III вида (школа-интернат для незрячих детей); специальное (коррекционное) образовательное учреждение IV вида (школа-интернат для слабовидящих детей); специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида (школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи); специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида (школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата); специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида (школа или школа-интернат для детей с трудностями в обучении - задержкой психического развития); специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида (школа или школа-интернат для детей с умственной отсталостью).

Образовательное учреждение самостоятельно, на основе специального образовательного стандарта, разрабатывает и реализует учебный план и образовательные программы, исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей. Выпускники специальных (коррекционных) образовательных учреждений получают цензовое образование (т.е. соответствующее уровням образования массовой общеобразовательной школы: например, основное общее образование, общее среднее образование). Им выдается документ государственного образца, подтверждающий полученный уровень образования или свидетельство об окончании специального (коррекционного) образовательного учреждения.

В специальную школу ребенка направляют органы управления образованием только с согласия родителей и по заключению (рекомендации) психолого-медико-педагогической комиссии. Помимо этого в специальной школе любого вида могут быть открыты классы для детей с выраженными нарушениями в умственном развитии и сопутствующими им другими нарушениями. Главные задачи таких классов - обеспечение элементарного начального образования, создание максимально благоприятных условий для развития личности ребенка, получения им допрофессиональной или элементарной трудовой и социально-бытовой подготовки с учетом его индивидуальных возможностей. Ученик специальной школы может быть переведен для обучения в обычную общеобразовательную школу органами управления образованием с согласия родителей (или лиц, их заменяющих) и на основании заключения ПМПК, а также в случае, если в общеобразовательной школе имеются необходимые условия для интегрированного обучения.

Помимо образования специальная школа обеспечивает детям с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности медицинское и психологическое сопровождение, для чего в штате специальной школы имеются соответствующие специалисты.

Специальная школа VI вида предназначена для образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (двигательные нарушения, имеющие разные причины и разную степень выраженности, детский церебральный паралич, врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата, вялые параличи верхних и нижних конечностей, парезы и парапарезы нижних и верхних конечностей). Школа VI вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

-я ступень - начальное общее образование (4-5 лет);

-я ступень - основное общее образование (6 лет);

-я ступень - среднее (полное) общее образование (2 года).

В первый класс (группу) принимают детей с 7 лет, однако допускается прием детей и старше этого возраста на 1-2 года. Количество детей в классе (группе) не более 10 человек. В школе вида установлен специальный двигательный режим. Образование осуществляется в единстве с комплексной коррекционной работой, охватывающей двигательную сферу ребенка, его речь и познавательную деятельность в целом. Но специалистам необходимо психологическое обеспечение компенсаторного обучения. Так следует отметить, что успешность обучения по этой системе возможна при выполнении ряда важных психолого-педагогических условий, одно из которых - наличие высокопрофессионального психологического обеспечения. Нельзя согласиться с мнением, что диагностика и отбор в классы компенсирующего, коррекционно-развивающего обучения должны производиться только психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК).

**Заключение**

Детские церебральные параличи - это группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений.

Важно вовремя определить, диагностировать заболевание и как можно раньше начать лечение. Раннее лечение - один из залогов успеха в лечении детских церебральных параличей. Очень важно правильно организовать лечение детских церебральных параличей. Оно должно основываться на следующих принципах: раннее начало, этапность, преемственность и комплексность.

Вместе с тем должна проводиться необходимая коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка, предупреждение возникновения у него нежелательных личностных черт, таких как упрямство, раздражительность, слезливость, неуверенность, боязливость и т.п. Необходимо формировать познавательную деятельность малыша, воспитывать активность и разнообразие интересов, тем более, что у многих детей с ДЦП имеются потенциально сохранные предпосылки к развитию мышления, в том числе и его высших форм.

**Список литературы**

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. - М.: Просвещение. - 1989. - 127 с.

2. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. - М.: Просвещение. - 1990. - 356 с.

. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: МЕДпресс. - 1998. - 254 с.

. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - К.: Здоровья. - 1988. - 345 с.

. Бадалян Л. О. Невропатология. - М.: Валдос. - 2000. - 467 с.

. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: АкадемА. - 1998. - 385 с.

. Коррекционная педагогика. / Под ред. Б.П. Пузанова. - М: АкадемА. -1998. - 537 с.

. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. - М.: Просвещение. -1990. - 376 с.

. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе. / Под ред. В.В. Воронковой. - М.: АзБуКа - 1994. - 342 с.

. Организация деятельности коррекционных образовательных учреждений. / Сост. Ф.Ф. Водоватов и др. - М.: Валдос - 2000. - 323 с.

. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. - М.: Просвещение, 1968. - 349 с.

. Справочник по неврологии детского возраста / Б.В. Лебедева, В.И. Фрейдков, Г.Г. Шанько и др. - М.: Медицина. - 1995. - 647 с.

. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы. - М.: Медицина. - 1995. - 563 с.