обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания).

 На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима, обязательный перерыв на физкультминутку.

В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради).

 Для детей с усиленным слюнотечением (саливацией) требуется контролирующая помощь со стороны педагога с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки - контроля за слюнотечением.

 Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук(практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий втестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.

 Так как темп деятельности у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата замедленный, следует увеличить время, отведенное на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время.

*Коррекционно-развивающая работа*

*не достигнет желаемого эффекта,*

*если в процесс не будет вовлечена семья ребенка*

*с нарушением опорно-двигательного аппарата!*

Литература

|  |
| --- |
| 1. Глухов В.П., Основы специальной педагогики и специальной психологии: 2-е изд., 2018. 2. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений, 2001. 3. Особенности обучения ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении: методические рекомендации, 2012 (серия «Инклюзивное образование»). |

**Памятка для педагогов по работе с детьми**

**с нарушением опорно-двигательного аппарата**

В зависимости от причины и времени действия вредных факторов 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.

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).

У большинства детей с нарушением опорно-двигательного аппарата причиной патологии является детский церебральный паралич (ДЦП).

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется:

1) неравномерно обедненным багажом сведений и представлений об окружающем, который обусловлен следующими причинами:

- вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с обездвиженностью или трудностями передвижения;

- затруднением познания окружающего мира в силу двигательных расстройств;

- нарушением сенсорных функций;

2) неравномерным дисгармоничным характером интеллектуальной недостаточности, 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.

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. Дети с трудом понимают геометрические фигуры, с трудом осваивают рисование, письмо. У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и обобщения.

3) психические процессы при ДЦП характеризуются также замедленностью, истощаемостью психических процессов, трудностями переключения на другие виды деятельности, недостаточностью концентрирования внимания, замедленностью восприятия, снижением объема памяти. У значительной части детей с церебральным параличом отмечается низкая познавательная активность, которая проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность связана с цереброастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у третьих – умственная отсталость.

Характерны также для детей с ДЦП разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении иногда отмечается эйфория (радостное, приподнятое настроение со снижением критики).

У детей с церебральным параличом 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. Выражена трудность социальной адаптации.

***Рекомендации педагогам по психолого-педагогическому сопровождению детей с НОДА:***

 Необходимо определить место воспитанника в группе так, чтобы он мог свободно стоять или выходить из-за стола.

Пространство на столе должно быть достаточным для свободной манипуляции учебными принадлежностями и т. д.

Понаблюдав за ребенком первое время, педагог должен понять, в какой позе ему удобнее выполнять письменные работы, как удобней отвечать: сидя или стоя.

Необходимо варьировать объем и формы выполнения письменных работ, чтобы ребенок успевал за темпом работы группы, не переутомлялся.

В течении занятия важно активизировать работу всех анализаторов (двигательного, зрительного, слухового). Дети должны слушать, смотреть, проговаривать.

В процессе обучения и воспитания педагогу важно уделять внимание одобрению при неудачах, поощрение за малейший успех такого ребенка.

Педагогу необходимо знать положительные черты характера, на которые можно будет опереться в процессе образовательной деятельности, а также негативные, требующие особого внимания со стороны педагога.

У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; педагог должен приближаться к ребенку со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.

 Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость,