

Серия «Специальная психология»

И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько, А. А. Гусейнова

ФГОС ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ:

обучение детей и подростков
с нарушениями опорно-
двигательного аппарата



Москва
2018

ББК 88.8
ЛЗ4

**Научный руководитель серии — И. Ю. Левченко,
доктор психологических наук, профессор**

Левченко И. Ю., Приходько О. Г., Гусейнова А. А.

ЛЗ4 **ФГОС обучающихся с ОВЗ: обучение детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата.** — М.: Национальный книжный центр, 2018. — 160 с. (Специальная психология.)

ISBN 978-5-4441-0236-7

В пособии представлены сведения из истории становления системы помощи лицам с двигательными нарушениями в России и за рубежом; клинико-психолого-педагогические особенности детей раннего, дошкольного и школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата; направления, содержание и технологии психолого-педагогического сопровождения, обучения и воспитания детей данной категории на разных возрастных этапах, особенности сопровождения семей, воспитывающих детей с двигательной патологией.

Пособие адресовано учителям массовых и специальных школ и специалистам сопровождения. Оно может быть рекомендовано студентам других направлений подготовки по педагогическим специальностям, а также слушателям курсов повышения квалификации и переподготовки.

ББК 88.8

*Оригинал-макет данного издания является собственностью
ООО «Национальный книжный центр» (НКЦ),
и его воспроизведение любым способом
без согласия правообладателя запрещено*

© Левченко И. Ю., Приходько О. Г.,
Гусейнова А. А., 2016
© Оформление. ООО «Национальный
книжный центр», 2018

ISBN 978-5-4441-0236-7

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.	5
ГЛАВА I. НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. СИСТЕМА ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РОССИИ И ЗАРУБЕЖОМ	7
Нарушения опорно-двигательного аппарата в детском возрасте.	7
ГЛАВА II. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	11
Клиническая характеристика детей с двигательными нарушениями вследствие неврологической патологии	11
Особенности двигательного развития детей с двигательной церебральной патологией.	16
Клинические формы детского церебрального паралича	29
Особенности речевого развития детей с церебральным параличом и другими неврологическими заболеваниями	37
ГЛАВА III. ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	67
Психолого-педагогическое изучение детей с двигательной патологией на различных возрастных этапах	67
Логопедическое обследование детей с церебральным параличом и другими неврологическими заболеваниями	78

ГЛАВА IV. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	90
Педагогическая типология обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата	90
Особенности инклюзивного обучения детей и подростков с двигательными нарушениями	94
Особенности обучения детей и подростков с двигательными нарушениями в специальной школе .	110
Особенности обучения детей с тяжелыми множественными нарушениями развития	128
ГЛАВА V. СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	141
ЛИТЕРАТУРА	153

ПРЕДИСЛОВИЕ

Дети и подростки с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют многочисленную группу лиц с ограниченными возможностями здоровья, вариативную по особенностям развития и возможностям обучения, социальной адаптации и интеграции в социум. Одним из важнейших условий полноценного вхождения в общество является комплексное сопровождение таких детей и их родителей специалистами медицинского и психолого-педагогических профилей. Необходимо раннее, с первых дней жизни выявление детей с двигательной патологией, включение их в процесс комплексной реабилитации, организация специальных условий раннего, дошкольного и школьного образования.

Основная цель пособия — ознакомить специалистов-практиков с особенностями развития лиц с двигательными нарушениями на различных возрастных этапах, их специальными образовательными потребностями, системой обучения и воспитания. Особенности обучения и воспитания детей с НОДА представлены в пособии в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами НОО обучающихся с ОВЗ (вариант VI для обучающихся с НОДА).

Пособие предназначено для использования в педагогическом процессе в организациях общего образования. Оно может быть рекомендовано студентам, а также слушателям курсов повышения квалификации и переподготовки.

Пособие состоит из пяти глав.

В первой главе дано определение понятию нарушения опорно-двигательного аппарата, представлены сведения о развитии системы комплексной помощи детям с двигательными нарушениями в России и за рубежом.

Во второй главе описаны причины двигательных, речевых и когнитивных нарушений у лиц данной категории, их клинико-психологические особенности развития.

Третья глава посвящена вопросам психолого-педагогического и логопедического изучения детей на разных возрастных этапах.

Четвертая глава содержит описание многоуровневой системы школьного обучения лиц с двигательной патологией.

Пятая глава посвящена проблемам взаимодействия участников образовательного процесса с семьей ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

ГЛАВА I. НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. СИСТЕМА ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РОССИИ И ЗАРУБЕЖОМ

НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата (НОДА) наблюдаются у 5–7% детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с двигательной патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Контингент детей с НОДА крайне неоднороден как в клиническом, так и психолого-педагогическом отношении.

В зависимости от причин и времени действия вредных факторов выделяются следующие виды патологии ОДА:

- заболевания нервной системы: детский церебральный паралич (ДЦП); полиомиелит; текущие неврологические заболевания (миопатия и др.);

- врожденная патология ОДА: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника; недоразвитие и дефекты конечностей; артрогрипоз;
- приобретенные заболевания и повреждения ОДА: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондрострофия, рахит).

В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) выделяются следующие заболевания, которые приводят к нарушениям функции опорно-двигательного аппарата:

1. Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (G09) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
2. Детский церебральный паралич и другие паралитические синдромы с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (G80) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
3. Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (G80, G54, G56–G58, G60) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).

4. Прогрессирующие мышечные дистрофии и врожденные миопатии с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (G71–G72) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
5. Спинальная мышечная атрофия с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (G12) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
6. Врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (Q65–Q79, M20–M25) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
7. Ювенильный ревматоидный артрит с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (M08) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
8. Артрогрипоз с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (Q74.3) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).
9. Хондродистрофия с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 (Q77.7) в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).

10. Другие заболевания, приведшие к двигательным нарушениям и нарушениям способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию ФК2 и ФК3 в сочетании с умственной отсталостью легкой степени (F70).

При всем разнообразии врожденных, рано приобретенных заболеваний и повреждений ОДА у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. У всех детей ведущими являются двигательные расстройства (задержка формирования, недоразвитие или утрата двигательных функций), которые могут иметь различную степень выраженности:

- при *тяжелой степени* двигательных нарушений ребенок не владеет навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, он не может самостоятельно обслуживать себя;
- при *средней степени* двигательных нарушений дети владеют ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (коштылей, канадских палочек и т.д.), т.е. самостоятельное передвижение детей затруднено. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивных функций рук;
- при *легкой степени* двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у них могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ГЛАВА II. КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Группа детей и подростков с двигательными нарушениями полиморфна и характеризуется вариативными особенностями в зависимости от причины, тяжести нарушения, времени его начала, адекватности специальной помощи и других причин.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Большинство детей с НОДА составляют дети с церебральным параличом (89%). Детский церебральный паралич (ДЦП) — это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом (от 5 до 9 в разных регионах России).

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произ-

вольные движения, речь и другие корковые функции. ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубые двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства, так же, как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и в каждом отдельном случае может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными, и наоборот, при легких двигательных нарушениях могут наблюдаться грубые психические и речевые расстройства.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности.

При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя.

При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции конечностей.

При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, замедленность и недостаточная ловкость движений. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальный период) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов способны оказывать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно их действие в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т.е. в период, когда интенсивно закладываются все органы и системы. К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся:

- инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз);
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;

- токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови. Гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в тех случаях, когда мать резус-отрицательна, отец — резус-положителен, а плод унаследовал резус-принадлежность от отца. В основе гемолитической болезни лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери. Заболевание плода развивается в среднем у одной из 25–30 резус-отрицательных женщин. С каждой последующей беременностью вероятность резус-конфликта повышается;
- физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; облучение, в том числе и ультрафиолетовое, в больших дозах);
- некоторые лекарственные препараты;
- экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода и воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок).

Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие плода, особенно его нервной системы, в условиях хронической гипоксии нарушается; может иметь место недоношенность, врожденная гипотрофия, функциональная незрелость, пониженная сопротивляемость к действию внешних факторов. У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов определяет большую воз-