

Министерство образования и науки РФ
ГОУВПО Тульский государственный педагогический университет
имени Л. Н. Толстого

М. В. Филатова

**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С НАРУШЕНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Учебно-методическое пособие

Тула
Издательство ТГПУ им. Л. Н. Толстого
2010

ББК 74.3я73
Ф51

Рецензент –
кандидат психологических наук *К. С. Шалагинова*,
(ТГПУ им. Л. Н. Толстого)

Филатова, М. В.

Ф51 Воспитание и обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб.-метод. пособие / М. В. Филатова. – Тула: Изд-во Тул. гос. пед. ун-та им. Л. Н. Толстого, 2010. – 110 с.

Учебно-методическое пособие содержит учебную программу, учебно-тематический план, методические рекомендации преподавателю, методические указания студентам, требования к уровню освоения студентами программы дисциплины, критерии оценки на экзамене, карту обеспеченности студентов учебной литературой и информационными ресурсами.

Пособие предназначено для студентов педагогических вузов специальности 050720 «Специальная дошкольная педагогика и психология».

ББК 74.3я73

© М. В. Филатова, 2010
© Издательство ТГПУ
им. Л. Н. Толстого, 2010

СИСТЕМА ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ И ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В НАШЕЙ СТРАНЕ

В нашей стране для предотвращения роста детской инвалидности вследствие ДЦП большую роль играет создание поэтапной системы помощи, при которой возможна ранняя диагностика и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежит раннее, еще в родильном доме или детской поликлинике, выявление среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи. В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерства здравоохранения, просвещения и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты) и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи. К сожалению, в настоящее время такие учреждения имеются только в Москве, Санкт-Петербурге и крупных городах.

Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологическую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных условиях является достаточно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре (в неврологических отделениях или психоневрологических больницах) или санатории. Дети, для которых все виды лечебно-педагогической помощи оказываются неэффективными, а также дети, чьи родители по каким-либо причинам не могут обеспечить им лечение и воспитание в домашних условиях, берутся государством под временную или постоянную опеку. Они направляются в дома ребенка (Минздрав), а затем в интернаты (Минсоцзащиты).

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в *специализированных дошкольных образовательных учреждениях* (ДОУ). Специальное ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – это учреждение, где проводится обучение, воспитание, психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии, подготовка

к школе и лечение данной категории дошкольников. Лечебно-педагогический процесс построен с учетом специфики заболевания детей и связанных с ним особенностей. Основной целью коррекционного обучения и воспитания детей с церебральным параличом в специальном ДОО является всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями и максимальная адаптация к окружающей действительности с тем, чтобы создать базу для дальнейшего школьного обучения. Эта цель может быть достигнута при решении следующих задач:

- 1) дифференциальная диагностика;
- 2) развитие двигательных, психических, речевых функций ребенка, профилактика и коррекция их нарушений;
- 3) подготовка к обучению к школе.

Необходимым условием реализации этих задач является комплексный подход к диагностике, развитию и коррекции нарушенных функций, который обеспечивается тесной взаимосвязью психолого-педагогических и лечебных мероприятий. Осуществление общеразвивающих задач неразрывно связано с решением коррекционных задач.

Комплектование специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК). В эти учреждения поступают дети от 3–4 до 7–9 лет. Несколько недель после поступления ребенка в детский сад отводится на его специальное психолого-педагогическое (в том числе и логопедическое) обследование. При комплексном обследовании проверяется и уточняется уровень знаний, умений и навыков по всем видам детской деятельности, выявляются основные трудности в овладении ими, определяются коррекционные мероприятия по преодолению имеющихся затруднений. Противопоказанием к поступлению в данное учреждение является выраженная умственная отсталость. По достижении школьного возраста дети, не готовые к обучению в школе, могут быть оставлены в детском саду до 8-ми–9-ти лет. В специальных ДОО для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата создаются специальные условия для пребывания детей с двигательной патологией – необходимое оборудование для передвижения и занятий, организуется восстановительное лечение. В них работают разные специалисты медико-педагогического блока: дефектологи, логопеды, воспитатели, психологи, инструкторы ЛФК, невропатологи. Каждый специалист не только выполняет свой раздел работы, но и поддерживает тесную связь с коллегами, включает в свои задания материал, рекомендуемый другими специалистами для закрепления их работы. Результаты динамического изучения детей необходимо периодически обсуждать и анализировать всем педагогическим коллективом.

Развитие познавательной деятельности детей осуществляет учитель-дефектолог. Воспитатель формирует навыки самообслуживания в процессе выполнения режимных моментов, организует деятельность детей вне занятий, прогулки. При этом дефектологи и воспитатели распределяют между собой обязанности по проведению следующих коррекционных занятий:

- изобразительная деятельность и конструирование,
- развитие предметной и игровой деятельности,
- развитие речи и ознакомление с окружающим,
- трудовое воспитание,
- формирование элементарных математических представлений.

Развитие речи и коррекцию дизартрических расстройств осуществляет логопед. Методист ЛФК проводит специальные занятия по физическому воспитанию, а также отвечает за организацию и соблюдение ортопедического режима. Психолог корректирует нарушения личностного развития, работая непосредственно с детьми и их окружением: семьей и персоналом детского сада. Развитием функциональных возможностей рук занимаются и логопед, и воспитатель, и методист ЛФК.

В связи с тем, что контингент детей с двигательными нарушениями неоднороден, при подготовке детей к школе, школьному и трудовому обучению следует сочетать индивидуальные, подгрупповые и фронтальные формы работы (дефектолога, логопеда, методиста ЛФК), в рамках которых необходим гибкий подход к оценке усвоения материала разными детьми.

У многих детей отмечаются колебания внутричерепного давления, повышенная метеочувствительность и, как следствие этого, колебания эмоционального состояния, внимания и работоспособности. Некоторые лечебные мероприятия (медикаментозные препараты, процедуры), проводимые в детском саду, оказывают различное влияние на психофизическое состояние ребенка. В связи с этим в некоторые дни приходится максимально ограничивать занятия или вообще не проводить их с детьми, чувствующими себя дискомфортно, чтобы не сформировать у них негативное отношение к самому процессу занятий. Весь лечебно-педагогический процесс в специальном ДОО строится таким образом, чтобы у детей стимулировалась двигательная активность, самостоятельность, коммуникативность, уверенность в своих силах.

Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возраста наиболее полно осуществляется в *специализированных школах-интернатах* для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Проживающие в крупных городах 60–70 % детей с церебральным параличом обучаются в таких школах-интернатах, где ставится задачей не только сочетание учебно-воспитательного и лечебного процессов, но и проведе-

ние трудового обучения, своевременной и целенаправленной профессиональной ориентации. В этих учреждениях обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, задержкой психического развития или с легкой степенью умственной отсталости. В подготовительном классе школ-интернатов выявляется истинное состояние интеллекта, проводится подготовка к дальнейшему обучению в школе по массовой или адаптированной, удлиненной на два года программе или программе для умственно отсталых.

В школах-интернатах осуществляется единый, целостный подход к личности ребенка со стороны педагогического и медицинского персонала. От педагогов требуются большой такт, знание индивидуальных особенностей детей, умение предугадать их возможные реакции на критические замечания. Важно суметь выработать у ребенка объективное отношение к своим возможностям. Дети, проживающие в маленьких городах или сельской местности, лишены в настоящее время возможности обучения в специализированных учреждениях. Они учатся либо в обычных массовых школах, либо на дому, что часто значительно снижает качество усвоения знаний, лишает их возможности приобретения необходимых трудовых навыков.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях. Профориентация детей с церебральным параличом проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские – швейные, столярные, слесарные. Детей обучают делопроизводству и машинописи, фотоделу, садоводству и другим специальностям.

После окончания школы подростки могут продолжить профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определенные льготы. Существует также сеть специализированных профтехучилищ Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов необходимо строго следовать рекомендациям МСЭК (медико-социальные экспертные комиссии). При сохранном интеллекте подростки могут овладеть профессиями программистов, экономистов, бухгалтеров, библиотекарей, переводчиков и др. Люди с низким интеллектом занимаются клеейкой коробок, штамповкой почтовых конвертов и т. п.

ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

За рубежом существуют различные модели организации лечебно-педагогической помощи детям с ДЦП. Следует отметить, что во многих странах нет специальных лечебных и учебных заведений для таких детей (например, в Болгарии, Чехии, Греции). В этом случае дети получают лечение у невропатолога и физиотерапевта, а обучаются в зависимости от уровня интеллектуального развития в общеобразовательных школах или школах для умственно отсталых.

Во многих странах широкое распространение получила сеть реабилитационных центров для детей-инвалидов. В таких центрах обычно используется так называемый бригадный метод: с ребенком работает группа специалистов разного профиля (методист ЛФК, физиотерапевт, психолог, педагог и др.), которые реализуют индивидуальную комплексную реабилитационную программу, разработанную в соответствии с возможностями и психофизическими особенностями данного ребенка. Инвалиды вследствие ДЦП посещают эти центры наряду с детьми, имеющими другие проблемы в развитии.

В Германии существует система, сходная с российской. Для детей с ДЦП открыты специальные школы, в которых наряду с обучением дети получают лечение, ЛФК, логопедическую помощь, трудовую подготовку. В школах работают педагоги с дефектологическим образованием. Но есть и существенные отличия. Во-первых, дети находятся в школе только в дневное время, так как считается нецелесообразным отрывать ребенка от семьи на всю рабочую неделю. При этом доставку детей в школу и из школы производят работники школы на специально оборудованном транспорте. Во-вторых, и это несомненное достоинство, в школу принимаются дети независимо от тяжести двигательных и интеллектуальных нарушений. Работа с ними ведется дифференцированно с учетом выраженности двигательной патологии и уровня психического развития. Конечно, при таком разнообразном и тяжелом контингенте встает проблема персонала. В Германии она решается путем привлечения к работе в школах для детей с ДЦП призывников, проходящих альтернативную службу. Это не только помогает решить проблему кадров для работы с наиболее тяжелыми детьми, но и имеет большое социальное значение. Призывники знакомятся с проблемами инвалидов, имеющих нарушения в физическом и психическом развитии. К ним у молодых людей формируется положительное отношение. Часть призывников после окончания службы осознанно выбирает медицинские или педагогические профессии.

В последнее десятилетие наибольшую известность и популярность получила еще одна модель коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП, называемая *кондуктивной педагогикой*. Это направление возникло в Венгрии в конце 40-х годов и получило широкое распространение во всем мире. Метод кондуктивной педагогики разработан Пето в 1945–1967 гг., а в дальнейшем развит школой М. Хари (1971). Кондуктивная педагогика в настоящее время считается одной из наиболее эффективных методик для преодоления двигательных нарушений у детей с ДЦП без выраженных отклонений в психическом развитии. Широкое применение этой системы в нашей стране тормозится тем, что право на подготовку специалистов по кондуктивной педагогике имеет только Ассоциация кондуктивных педагогов. Подготовка осуществляется на платной основе только для стран – членов Ассоциации.

Термин «кондуктивная педагогика» означает «обучение, организуемое кондуктором». В основе метода лежит системный педагогический подход к воспитанию функций, в котором основное внимание уделено медико-педагогической коррекции, направленной на выработку самостоятельной активности и независимости ребенка. Кондуктор – специалист, знающий проблемы медицины, педагогики, лечебной физкультуры, логопедии, психологии. Он является единственным специалистом, работающим с ребенком. Педагог-кондуктор, занимаясь с детьми в течение всего дня, уделяет внимание тренировке движений, речи, психики, эмоциональных реакций. Кондуктор совместно с врачом оценивает двигательные возможности ребенка и сам определяет пути их коррекции. Его основная цель – преодоление двигательной, речевой и психической недостаточности путем воспитания, развития задержанных и коррекции нарушенных функций. Для этого ребенок, начиная с того момента, как он открывает утром глаза, должен постоянно осознавать и целенаправленно производить каждое движение, необходимое для того, чтобы встать с постели, умыться, совершить туалет, позавтракать, двигаться по комнате и т. д. Кондуктор предлагает ребенку с помощью своеобразного аутотренинга расслабиться, принять нужное для каждого двигательного комплекса исходное положение. Ребенок в этот момент напевает мелодии, помогающие ему расслабиться. Затем, переходя к активному движению и по мере овладения этим движением, он проговаривает его, например: «Я стою», «Я иду», «Я пошел», «Я беру ложку» и т. д. Это активное осознание производимого движения, закрепляемое постоянно сильнейшим раздражителем – словом, чрезвычайно действенно для стимуляции двигательной активности и двигательных возможностей.

Уже само выполнение движений самообслуживания является методом развития и коррекции нарушенных двигательных функций. Так, в процессе вставания с постели осваиваются поднимание головы, пово-

роты туловища, присаживание, вертикальная установка тела. Задача кондуктора – помочь ребенку выполнить двигательные комплексы путем словесных указаний, подражательных движений, коррекции пассивными движениями неправильных положений тела и конечностей ребенка и его движений. Кондуктор фиксирует внимание детей на наиболее удачных приемах самокоррекции, помогающих им овладеть тем или иным двигательным комплексом, при необходимости закрепляя его повторением. Стимуляция развития движений происходит при максимальном осознании ребенком необходимости каждого двигательного комплекса.

Чрезвычайно большое значение имеет постоянный положительный эмоциональный фон. Кондуктор помогает ребенку освоить движение, указывает ему на его достижения и на дальнейшие возможности развития осваиваемого двигательного комплекса, поощряет его за сделанное. Так, если ребенок начал стоять, кондуктор хвалит его за это, говорит ему, как хорошо, красиво он стоит, теперь он может гораздо больше увидеть, посмотреть и на то, что делается в комнате, и на то, что происходит за окном. Вот теперь ему нужно научиться передвигать ножки, и он будет ходить, бегать, играть. При выполнении того или иного задания кондуктор стремится вызвать максимальную эмоциональную реакцию ребенка, разговаривает с ним в спокойном тоне, поощряет его за минимальный достигнутый успех, побуждает к повторению, ставя в пример другим детям его результаты. Кондуктор никогда не делает замечаний конкретному ребенку, а обращается ко всей группе. Он старается не давать указаний или приказов по выполнению того или иного движения. Жесткие указания – «сделай так», «сделай вот так» в системе кондукции отсутствуют. Кондуктор стремится пробудить в ребенке активность, мотивацию, опираясь на ориентировочные познавательные двигательные реакции, развитие которых хотя и задержано, но не утрачено вовсе. Например, кондуктор предлагает детям, которые никак не могут сделать первые шаги с помощью костылей, посмотреть в окно, как красиво падает снег и достаточно ли его для того, чтобы кататься на санках. Включение положительной эмоциональной реакции побуждает желание начать передвигаться, как другие дети.

Важный момент стимуляции двигательной активности – участие всех детей, независимо от их состояния, в актах самообслуживания (чистка обуви, мытье посуды, убирание со стола после еды, подметание комнаты и т.д.), причем особенно значимым оказывается осознание ребенком полезности его деятельности для всего коллектива.

Педагогический подход к развитию функций предполагает групповые занятия. В группу объединены дети с различными двигательными возможностями. Это рождает стремление к совершенствованию своих двигательных навыков, подражанию тем детям, у которых они более раз-

виты. Обучение произвольной двигательной активности происходит в процессе повседневной жизни, т. е. составляет часть жизни самого ребенка. Группа под руководством педагога-кондуктора на протяжении дня осваивает различные виды деятельности – вставание с постели, умывание, совершение туалета, еду, уборку комнаты и т.д. Дети естественно включаются в комплекс движений, направленных на достижение какой-либо цели. Кондуктор стремится развить у ребенка сразу сложные функции, в которые так или иначе включаются более примитивные, при этом он вначале не фиксирует внимание на качестве движений. Постепенно в процессе специальных упражнений и повседневной деятельности движения совершенствуются. В некоторых случаях основополагающее задание может быть расчленено на ряд простых действий, которые интегрируются в процессе деятельности. Каждому ребенку кондуктор подбирает свою, индивидуальную программу занятий. Он следит за выполнением всех движений, помогает довести их до конца, если ребенку на данном этапе это недоступно. Таким образом, у детей не возникает чувства неудовлетворения, которое может подавить стимул к действию. Достижение положительных результатов создает положительный эмоциональный фон и потребность повторить задание. Повторение в процессе повседневной деятельности двигательных образцов постепенно совершенствует моторику ребенка, речевое и психическое развитие.

Иная система помощи детям и взрослым инвалидам существует в США. Реабилитация проводится как в центрах, специально для этого оснащенных, так и во множестве частных и государственных агентств, где занимаются в основном профессиональной подготовкой. Сейчас в США насчитывается около 300 реабилитационных центров для инвалидов вследствие ДЦП; это одна из самых развитых сетей в стране. Столь большое их число объясняется тем, что после победы над полиомиелитом ДЦП представляет собой наиболее распространенную группу нервно-мышечных расстройств. Кроме того, там, где для лиц с иными нарушениями (мышечной дистрофией, рассеянным склерозом, умственно отсталым или больным с сочетанной патологией) служб помощи недостает или они малоэффективны, эти центры предлагают им свои услуги.

Программы реабилитации, предлагаемые центрами, несколько различаются в деталях в зависимости от материальной обеспеченности, взаимоотношений с ближайшими больницами, правительственными службами, от нужд инвалидов, живущих конкретно в данном регионе. Центральный штаб Ассоциации детского церебрального паралича в Нью-Йорке, курирующий эти центры, лишь проводит генеральную линию и обеспечивает информацией. Но, несмотря на различия, общие принципы деятельности центров одинаковы. Они учреждаются Советом директоров,