**Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение школа№439**

**Петродворцового района Санкт-Петербурга**

**Методические рекомендации**

***«Причины нарушений и коррекционное воспитание  и обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата»***

**Автор-составитель: Белых А.Г.**

**учитель ГБОУ школы №439**

**г. Петергоф**

**Содержание**
1.Введение

2.Общее понятие, формы, виды, классификация.

3.Причины нарушений опорно-двигательного аппарата.

4.Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

5.Коррекционное воспитание  и обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

# 6.Комплекс упражнений при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

7.Заключение.

8.Список литературы.

**Введение**.
В последнее время обнаруживается тенденция к увеличению количества детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Нарушения опорно-двигательного аппарата (ОПДА) в детском возрасте сопровождается соматическими и психофизиологическими нарушениями. Эта группа детей полиморфна и включает различные заболевания суставов, позвоночника, мышц, нервов. Наибольшую группу составляют дети с повреждением центральной и периферической нервной системы.
Эти дети воспитываются в специальных детских садах, обучаются в специальных школах и школах-интернатах, в специальных группах и классах при обычных садах и школах. Однако хорошо известно, что не все они получают эффективную психолого-педагогическую помощь ввиду недостатка специалистов в области диагностики и коррекции нарушений психического развития ребенка, страдающего нарушениями ОПДА или детским церебральным параличом.

Данные методические рекомендации носят социально-педагогическую ***направленность.*** Они призваны помочь детям с тяжелыми множественными нарушениями включаться в совместную и коллективную деятельность, способствовать активизации познавательной и двигательной деятельности, развивать ручную умелость, формировать произвольные целенаправленные действия с различными предметами и материалами, обогащать сенсорный опыт, формировать и корригировать коммуникативные навыки, высшие психические функции, приобретать практические и жизненно необходимые умения и навыки в условиях дома-интерната с постепенным снижением опеки со стороны обслуживающего персонала. Все эти условия помогут детям с тяжелой инвалидностью социализироваться, интегрироваться в социум.

***Актуальность*** данных методических рекомендаций предусматривает обучение действиям с предметами и материалами, формирование и коррекцию мелкой моторики, ручной умелости, зрительно-двигательного восприятия, т.е. тех умений и навыков, которые необходимы ребенку с тяжелой инвалидностью в самообслуживании, в дальнейшем обучении, а значит в социализации. Для воспитанников, имеющих сложную структуру дефекта, данные методические рекомендации актуальны, так как позволит каждому ребенку, независимо от уровня его развития и возможностей включиться в образовательный процесс, а затем и в социальную жизнь.

***Целью***данных методических рекомендаций является коррекция недостатков восприятия, внимания, зрительно-двигательной координации, ручной умелости, моторики пальцев рук, наглядно-действенного мышления, способов коммуникации в процессе предметно- практической деятельности, что поможет ребенку в формировании жизненно необходимых навыков, а значит его социализации.

**Общее понятие, формы, виды, классификация.**При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений  опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций).
Часть детей с такой патологией не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.
Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами. Детский церебральный паралич (ДЦП)– это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка.
ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах развития (во внутриутробный период, в момент родов и на первом году жизни). Двигательные расстройства у детей с ДЦП часто сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, с нарушениями функций других анализаторов (зрения, слуха). Поэтому эти дети нуждаются в лечебной, психолого-педагогической и социальной помощи.

**Отмечают различные 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 (врожденное уродство).

**Причины нарушений опорно-двигательного аппарата.**1. Внутриутробная патология (в настоящее время многими исследователями доказано, что более 400 факторов могут оказать воздействие на ЦНС развивающегося плода, особенно в период до 4 мес. внутриутробного развития):
- инфекционные заболевания матери: микробные, вирусные (за последние годы распространённость нейроинфекций возросла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др.);
- последствия острых и хронических соматические заболевания матери (сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения);
- тяжелые токсикозы беременности;
- несовместимость по резус-фактору или группам крови;
- травмы, ушибы плода;
- интоксикации;
- экологические вредности.
2. Родовая травма, асфиксия.
3. Патологические факторы, действующие на организм ребенка на первом году жизни:
- нейроинфекции (менингит, энцефалит и др.);
- травмы, ушибы головы ребенка;
- осложнение после прививок.
Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП.

**Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**Кроме двигательных и речевых нарушений, структура дефекта при церебральном параличе включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Они могут быть связаны как с первичным поражением мозга, так и с задержкой его постнатального созревания. Большая роль в отклонениях психического развития детей с церебральным параличом принадлежит двигательным, речевым и сенсорным нарушениям. Так, глазодвигательные нарушения, недоразвитие и задержка формирования важнейших двигательных функций способствуют ограничению полей зрения, что, в свою очередь, обедняет процесс восприятия окружающего, приводит к недостаточности произвольного внимания, пространственного восприятия и познавательных процессов.
Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность. Последнее обуславливает недостаточное развитие предметного восприятия. Двигательная недостаточность затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи препятствует развитию познавательной деятельности.
Отклонения в психическом развитии у детей с церебральным параличом в большой степени обусловлены недостаточностью их практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и невозможностью полноценной игровой деятельности. Двигательные нарушения и ограниченность практического опыта могут быть одной из причин недостаточности высших корковых функций и, в первую очередь, несформированности пространственных представлений. Большую роль в нарушениях познавательной деятельности у детей с церебральным параличом играют и речевые расстройства.
Особенности психических отклонений в большой мере зависят от локализации мозгового поражения.
Нарушения умственной работоспособности у детей с церебральными параличами проявляются в виде синдрома раздражительной слабости. Этот синдром включает два основных компонента: с одной стороны, это повышенная истощаемость психических процессов, утомляемость, с другой — чрезвычайная раздражительность, плаксивость, капризность. Иногда при этом наблюдаются более стойкие дистимические изменения настроения. Дети с церебральным параличом стойко психически истощаемы, недостаточно работоспособны, не способны к длительному интеллектуальному напряжению.
Синдром раздражительной слабости обычно сочетается у этих детей с повышенной чувствительностью к различным внешним раздражителям.
Определенная роль в утяжелении указанных нарушений принадлежит социальным факторам, в частности, воспитанию по типу гиперопеки. В результате может произойти недоразвитие мотивационной основы психической деятельности. В этих случаях более четко проявляется астеноадинамический синдром. Дети с этим синдромом вялые, заторможенные. Они малоактивны при выполнении любых видов деятельности, с трудом начинают выполнять задания, двигаться, говорить. Их мыслительные процессы крайне замедленны.
Астеноадинамический синдром по большей части отмечается у детей со спастической диплегией, а также при атонически-астатической форме церебрального паралича.
При гиперкинетической форме, когда у ребенка, в первую очередь, наблюдаются непроизвольные движения — гиперкинезы, часто наблюдается астеногипердинамический синдром с проявлениями двигательного беспокойства, повышенной раздражительностью и суетливостью.
Церебрастенические синдромы наиболее отчетливо начинают проявляться в старшем дошкольном возрасте, когда с ребенком начинаются систематические педагогические занятия. Резко проявляется недостаточность внимания, памяти и других корковых функций. Кроме того, более четкими становятся специфические особенности мыслительной деятельности.
Нарушения мыслительной деятельности проявляются в задержанном формировании понятийного, абстрактного мышления. Несмотря на то, что у многих детей к началу обучения может быть формально достаточный словарный запас, наблюдается задержанное формирование слова как понятия, имеет место ограниченное, часто сугубо индивидуальное, иногда искаженное понимание значения отдельных слов. Это связано, в первую очередь, с ограниченным практическим опытом ребенка. Можно предполагать, что обобщающие понятия, сформированные вне практической деятельности, не способствуют в должной мере развитию интеллекта, общей стратегии познания.
Особенности мышления у детей с церебральным параличом наиболее четко обнаруживаются при выполнении заданий, требующих симультанного характера интеллектуальных процессов, т.е. целостной интеллектуальной операции, основанной на взаимодействии анализаторных систем.
У детей с церебральным параличом обычно отмечаются не только малый запас знаний и представлений, за счет бедности их практического опыта, но и специфические трудности переработки информации, получаемой в процессе предметно-практической деятельности.
Эти специфические особенности мышления часто сочетаются с нарушенной динамикой мыслительных процессов. Наиболее часто наблюдается замедленность мышления, некоторая его инертность. У отдельных детей отмечается недостаточная последовательность и целенаправленность мышления, иногда со склонностью к резонерству и побочным ассоциациям. Замедленность мышления обычно сочетается с выраженностью церебрастенического синдрома.
Во всех случаях наблюдается взаимосвязь нарушений мышления и речевой деятельности.
По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную категорию: одни имеют нормальный интеллект, у многих наблюдается своеобразная задержка психического развития, у некоторых имеет место олигофрения.
Для детей с церебральным параличом также характерны нарушения формирования высших корковых функций. Наиболее часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать и писать.
Недостаточность высших корковых функций может проявляться также в задержке формирования пространственных и временных представлений, фонематического анализа и синтеза, стереогноза .
Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные эмоциональные и речевые расстройства. Эмоциональные расстройства проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, повышенной чувствительности к обычным раздражителям окружающей среды, склонности к колебаниям настроения. Повышенная эмоциональная лабильность сочетается с инертностью эмоциональных реакций.
Повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с радостным, приподнятым, благодушным настроением , со снижением критики. Нередко эта возбудимость сопровождается страхами, особенно характерен страх высоты.
Повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности, аффективных взрывов, иногда с агрессивными проявлениями, с реакциями протеста по отношению к взрослым. Все эти проявления усиливаются при утомлении, в новой для ребенка обстановке и могут быть одной из причин школьной и социальной дезадаптации. При чрезмерной физической и интеллектуальной нагрузке, ошибках воспитания эти реакции закрепляются и возникает угроза формирования патологического характера.
Специфические нарушения деятельности и общения при детском церебральном параличе могут способствовать своеобразному формированию личности.
Наиболее часто наблюдается диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что достаточное интеллектуальное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Причем, с возрастом эта диссоциация обычно увеличивается. У ребенка легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности, так ребенок даже с сохранной ручной деятельностью долго не осваивает навыки самообслуживания.
При нарушениях интеллекта особенности развития личности сочетаются с низким познавательным интересом, недостаточной критичностью.
Особенности психического развития детей с церебральным параличом во взаимокомплексе со спецификой речевых расстройств должны учитываться при подготовке их к обучению.
Для развития речи и мышления детей с церебральным параличом, важное значение имеет расширение их кругозора, обогащение их жизненного опыта. Работа по развитию речи проводится поэтапно в тесной взаимосвязи с развитием моторики и коррекцией двигательных нарушений.
Основной контингент этой категории-дети, страдающие церебральным параличом.
ДЦ- заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на первом году жизни ребенка. При этом в первую очередь поражаются двигательные зоны головного мозга, а также происходит задержка и нарушение его созревания в целом.

**Коррекционное воспитание  и обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**Коррекционно-педагогическая работа при обучении детей с церебральными параличами.
Практика обучения этих детей в массовой школе показала, что особенности психического и физического развития не позволяют им полноценно овладевать программой массовой общеобразовательной школы.
Несмотря на различную этиологию нарушений опорно-двигательного аппарата, в плане коррекционно-воспитательной работы и обучения эти дети могут рассматриваться как единая группа.
У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нарушен весь ход моторного развития, что, естественно, оказывает неблагоприятное влияние на формирование нервно-психических функций.
Разнообразные двигательные нарушения у этих детей обусловлены действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой заболевания. Назовем некоторые из них:
- ограничение или невозможность произвольных движений, что обычно сочетается со снижением мышечной силы: ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть вперед в стороны, согнуть или разогнуть ногу;
- нарушения мышечного тонуса. Мышечный тонус условно называют ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. При ДЦП часто наблюдается повышение мышечного тонуса, определяющее особую позу детей: ноги согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки прижаты к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулаки;
- появление насильственных движений, что резко затрудняет выполнение любых произвольных движений, а порой делает их невозможными;
- нарушения равновесия и координации движений, проявляющиеся в неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе;
- нарушения ощущения движений тела или его частей . Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток , расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении туловища и конечностей в пространстве, степени сокращения мышц.
Основные направления коррекционной работы по формированию двигательных функций, предполагают комплексное, системное воздействие, включающее медикаментозное, физиотерапевтическо-ортопедическое лечение, различные массажи, лечебную физкультуру, непосредственно связанную с проведением уроков физической культуры, труда, с развитием и коррекцией движений во все режимные моменты.
Проявление гиперкинезов в речевой мускулатуре грубо искажает речь, порой делает ее малопонятной, а иногда и невозможной. Кроме того, у детей могут отмечаться гиперкинезы в мышцах диафрагмы, межреберных мышцах, что, в свою очередь, грубо нарушает дыхание, плавность речи, а в тяжелых случаях приводит к появлению насильственных выкриков или стонов.
Наиболее распространенной формой речевых нарушений является псевдобульбарная дизартрия.
Логопедическая работа при всех формах речевых нарушений строится на основе учета данных патогенетического анализа структуры речевого дефекта. При этом необходимо выделение ведущего дефекта, вторичных нарушений и компенсаторно-приспособительных реакций ребенка. Работа всегда нацелена на развитие всех сторон речевой деятельности ребенка.
Работа над артикуляционной моторикой проводится в тесном единстве с занятиями по лечебной физкультуре на фоне строго индивидуализированной медикаментозной терапии.

**Коррекционное воспитание  и обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях спецшколы.**Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, направленной, прежде всего, на развитие моторики, речи и коммуникативного поведения. Коррекционная работа должна проводиться дифференцированно, с учетом формы заболевания и возраста ребенка.

Важно как можно раньше воспитывать у этих детей ощупывающие движения рук. С этой целью в ручки ребенка вкладывают различные по форме, величине и фактуре игрушки, привлекая к ним его зрительное внимание. Для улучшения ощущений перед такими упражнениями целесообразно провести массаж кистей и кончиков пальцев щетками различной жесткости.

На основе предметно-практической деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, закрепляют связи между словом, предметом и действием. Детей необходимо учить называть предметы, объяснять их назначение, знакомить с новыми, используя зрение, слух, осязание, а где можно, обоняние и вкус; показывать, как производить действия с этими предметами и стимулировать к активному выполнению. Обучать интонации просьбы.

Специальные серии упражнений, направленные на тренировку сенсорных функций, знакомят детей с различными качествами предметов и создают условия для формирования перцептивных действий. Для этого используют различные по форме, протяженности, цвету, температуре и другим свойствам предметы, расположенные в виде классификационных групп, например: серии колец разного размера, серии поверхностей разной шероховатости шарики различных цветов и т. п.

Детей необходимо обучать парным сопоставлениям предметов по их свойствам, выполнению предметных действий, выбору по образцу. В качестве материала используют пары геометрических фигур, предметы всех основных цветов, игрушки типа башенок, матрешек, вкладок, парные картинки. Основная задача взрослого - обучение внешним ориентировочным действиям. При помощи инструкции типа: «Положи в эту коробку все игрушки, а в эту — всю одежду» и совместного с ребенком выполнения задания формируют начальные обобщающие понятия: игрушки, одежда.

Пассивный словарь обогащают такими словами, как форма, величина, цвет, такой же, похожий, больше, меньше. Учат сравнивать контрастные по величине предметы, различать объемные формы предметов, показывая и называя их: шар - шарик, куб - кубик, большой - маленький. Объясняют назначение отдельных предметов в практической деятельности - мячом играют, ложкой едят, из чашки пьют, на кровати спят и т.д.

Обучают сличать предметы и их изображения, слушать и понимать речь взрослого, рассматривать картинки в книгах. Ребенку необходимо рассказывать о предметах, нарисованных на картинках, и просить его показать названную картинку. Подбирайте игрушки, для захватывания которых необходимо участие большого пальца.

Большое значение имеет развитие игровой деятельности в общении со сверстниками, обучение и коррекция нарушенных функций в процессе игры, воспитание навыков самообслуживания и гигиены, формирование манипулятивной деятельности, зрительно-моторной координации.

Очень важно воспитание прочных навыков самообслуживания и гигиены, а также других бытовых навыков. Ребенок должен твердо знать, что он имеет обязанности, выполнение которых значимо для других членов семьи, и стремится справляться с ними. Постоянное соблюдение режима, спокойная доброжелательная обстановка в семье способствуют укреплению нервной системы ребенка, его умственному, физическому и нравственному развитию.

Ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, как и всякого другого, необходимо всячески оберегать от травм. Однако его нельзя постоянно ограждать от трудностей. Вырастая в тепличных условиях, он впоследствии окажется беспомощным, неприспособленным к повседневной жизни. Очень важно сформировать у него правильное отношение к себе, к своим возможностям и способностям. Для этого следует многократно подчеркивать, что наряду с недостатками у него есть большие достоинства, что он сможет многого добиться в жизни, если приложит усилия.

Родителям детей с таким серьезным заболеванием, как церебральный паралич важно знать, что им нужна не только медицинская, но и педагогическая помощь, нужно вместе со специалистами - педагогами, врачами составить единый комплекс воздействия на ребенка. Детей необходимо обучать правильным движениям, применять соответствующую дефекту лечебную гимнастику работу на тренажерах, водолечение, длительный массаж, ортопедические средства. Огромное значение имеет ранняя логопедическая работа. Эффективность физиотерапевтического и логопедического воздействия возрастает за счет медикаментозного лечения. 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.

**Методы и приемы работы с детьми с нарушениями**

**опорно-двигательного аппарата**

Коррекционно-развивающее воздействие осуществляется на основе использования разнообразных практических, наглядных и словесных методов. Методы и приемы организации учебно-воспитательного процесса предполагают сочетания теоретического, теоретико-практического и практического усвоения учебного материала.

В специальных образовательных учреждениях используются следующие методы.

***Практические методы и приемы обучения:***

• постановка практических и познавательных задач;

• целенаправленные действия с дидактическими материалами; многократное повторение практических и умственных действий; наглядно-действенный показ (способа действия, образца выполнения); подражательные упражнения;

• дидактические игры;

• создание условий для применения полученных знаний, умений и

навыков в общении, предметной деятельности, в быту.

***Наглядные методы:***

• обследование предметов (зрительное, тактильно-кинестетическое, слуховое, комбинированное);

• наблюдения за предметами и явлениями окружающего мира;

• рассматривание предметных и сюжетных картин, фотографий.

***Словесные методы:***

• речевая инструкция, беседа, описание предмета;

• указания и объяснение как пояснение способов выполнения задания, последовательности действий, содержания;

• метод аудирования (записанный на аудиокассету голосовой и речевой материал для прослушивания ребенком);

• вопросы как словесный прием обучения (репродуктивные, требующие констатации; прямые; подсказывающие);

• педагогическая оценка хода выполнения деятельности, ее результата.

***Двигательно&кинестетические методы:***

• дифференцированный (в том числе логопедический) массаж;

• пассивная гимнастика;

• искусственная локальная контрастотерми.

**Литература**
1.    Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным пара¬личом. М., 1989.
2.    Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушениями движения,(методическое пособие под ред. Шипициной Л. М.), СПб., 1995 г.
3.    Сермеев Б. В.Методика воспитания двигательных качеств у аномальных детей. Горький, 1976 г.
4.    Власова Т. А. (ред.) Особенности психофизического развития учащихся специальных школ с нарушениями опорно-двигательного аппарата М., 1985г.
5.    Бабенкова Р. Д. Дети с церебральными параличами: пути обучения и коррекции нарушенных функций.- М., 1981 г.
6.    Выготский Л.С. Проблемы дефектологии.- М.:Просвещение,1995.- 527с.
7.    Корекционная педагогика / В.С. Кукушин, Г.Г. Лорин, Н.А. Румега, В.И. Шатохина и др.; Под ред. В.С. Кукушина. Серия «Педагогическое образование» - Ростов н/Д: Изд-ий центр «МарТ», 2002. - 304 с.

8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: 1975.

9. Михеев В.В. Нервные болезни. – М.: 1958.

10. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? – М.: 1998

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

# *Комплекс упражнений при заболеваниях*

# *опорно-двигательного аппарата*

# 1. И.П. стоя на коленях на полу перед мячом, с опорой рук на мяч. Поочередно, поднимаясь на каждую ногу, встать на обе ноги, прокатиться по мячу вперед и вернуться назад в И.П.2. И.П. лежа животом на мяче, руки с опорой на пол. Катание на животе вперед-назад, перебирая по полу руками. Вернуться в И.П.3. И.П. лежа животом на мяче, опора на ноги. Круговые вращения на мяче, перебирая по полу ногами – в одну и другую сторону.4. И.П. «верхом» на мяче. Качание из стороны в сторону, с поочередной опорой на каждую стопу.5. И.П. боком на мяче, опираясь одной рукой на пол. Взрослый поддерживает. Катиться вперед-назад, перебирая опорной рукой по полу.6. И.П. лежа спиной на мяче, взрослый поддерживает за руки. Ребенок выполняет подтягивание корпуса вперед с помощью рук. Вернуться в И.П.7. И.П. стоя перед мячом. Катание одной ногой мяча, стопа находится сверху. Спину держать прямо. Повторить другой ногой.8. И.П. сидя на мяче. Выполнить повороты туловища в стороны. Спина прямая.9. И.П. сидя на мяче. Выполнить наклоны в стороны, опираясь поочередно на каждую стопу.

10. И. п. лёжа на спине, руки под головой, ноги вытянуты.
Согните левую ногу в колене, поставьте её возле таза, затем, положите колено в одноименную сторону (коленом коснуться пола). Затем привести его и положить в и. п.

12. И. п. лёжа на спине.
Поднимите прямую левую ногу вверх , правой рукой достаньте носок левой ноги. То же сделайте другой ногой.

13. И. п. то же.
Подтяните левое колено к груди двумя руками и верните в и. п. То же сделайте другой ногой.

14. И . п. лёжа на спине обхватив колени руками.
Покачайтесь вперёд-назад.

15. И. п. лёжа на спине, руки в стороны, ноги вместе.
Достаньте левым носком ноги правую руку (рука лежит на полу). То же сделайте другой ногой.

16. И. п. лёжа на спине, руки вдоль туловища.
Поднимите руки вверх — сделайте вдох, опустите — выдох.

17. И. п. лёжа на спине, ноги согнуты в коленях (пятки возле таза).
Опустите левое колено во внутрь, достаньте им пол. Поднимите колено в и. п. То же сделайте с другим коленом.

18. И. п. лёжа на спине, ноги согнутые в коленях, стопы вместе, руки **за** головой.
Приподнимите таз вверх, опустите влево, опять приподнимите и опустите вправо.

#