

Основы методики коррекционно-развивающей работы: учебно-методическое пособие / И.Н. Миненкова, В.В. Радыгина, Е.А. Якубовская. – Минск, БГПУ, 2013. – 212 с.

Параграф 2. Комплексный подход к оказанию психолого-педагогической и медицинской помощи детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Требования к компетентности по теме

Студенты должны знать:

- основные задачи комплексной помощи детям с нарушением функций опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- основные концепции комплексной помощи детям с нарушением функций ОДА: концепция системного анализа и системного подхода, мультидисциплинарный, трансдисциплинарный подходы реабилитации.

Студенты должны уметь:

- работать в команде.

Концепция системного анализа и системного подхода.

Цель – компенсация нарушенных функций. Компенсация нарушенных функций у детей может достигаться двумя путями. Первый путь – это замещение поврежденных нервных элементов активностью сохранных нейронов в результате перестройки деятельности нейронных структур под влиянием специального обучения. Второй путь, согласно концепции П.К. Анохина, связан с перестройкой деятельности или формированием новых функциональных систем, включающих проекционные и ассоциативные области коры головного мозга.

Обязательными условиями при реализации системного подхода являются раннее начало восстановительной терапии, этапно-непрерывная организация реабилитации. Этапы процесса нейрореабилитации в рамках системного подхода:

1. Первичная оценка возможностей индивида и видов социальной недостаточности, обусловленных конкретными ограничениями жизнедеятельности.
2. Планирование задач комплексной реабилитации.
3. Собственно методы и приемы комплексной реабилитации.
4. Оценка эффективности достигнутых результатов.

Непрерывность процесса реабилитации обеспечивается профессиональной нагрузочной реабилитацией в условиях стационара в течении 15-25 дней и ежедневной домашней реабилитацией. Длительность перерыва между этапами профессиональной нагрузочной реабилитации с обеспечением ежедневной домашней реабилитации зависит от состояния

ребёнка, динамики восстановления психических, речевых и двигательных функций и составляет от 2-3 до 5-6 месяцев. Как правило, в начале терапии дети получают нагрузочную профессиональную реабилитацию 3-4 раза в год, затем постепенно курсы комплексной реабилитации сокращаются и проводятся 2-3 раза в год.

Важным условием успешности реабилитации является широкое вовлечение родителей в терапевтический процесс и обучение их всем доступным методам психолого-медико-педагогической реабилитации детей. Родители обеспечивают ежедневную домашнюю лечебную физкультуру, круглосуточное соблюдение ортопедического режима, домашние педагогические занятия и полную социальную реабилитацию.

Комплексность реабилитации в рамках системного подхода обычно обеспечивается следующими мероприятиями:

- массаж и лечебная физкультура;
- круглосуточное соблюдение ортопедического режима с применением ортопедических аппаратов, туторов, лонгет, ортопедических стульев, технических средств реабилитации;
- физитерапевтическое лечение с применением лазерной, магнитной терапии, рефлексотерапии, электрофореза, СМТ-терапии, тепловой терапии, лечебных ванн и гидромассажа;
- обоснованная лекарственная терапия;
- педагогические методы реабилитации с привлечением логопедов, психологов, учителей-дефектологов;
- оперативное лечение строго по показаниям.

Мультидисциплинарный подход к реабилитации детей с ДЦП.

Однако в последнее время организация помощи детям с ДЦП претерпевает значительные изменения. Этапно-преемственный подход сменился комплексным, многопрофильным, или, как его называют в англоязычной литературе, мультидисциплинарным. Он характеризуется участием в реабилитационном процессе специалистов разного профиля, составляющих так называемую терапевтическую команду (рис. 1).

Каждый член команды проводит самостоятельное обследование, делает заключение, определяет цели, задачи восстановительного лечения, предлагает реабилитационные мероприятия по своему профилю. Общее заключение о состоянии пациента и индивидуальная программа реабилитации представляют собой сумму изолированных заключений и планов в восходящем по значимости порядке. Значимость мероприятий определяется стадией или периодом заболевания. В ранний резидуальный период (от 2 до 12-18 мес.) лечение проводится в специализированной поликлинике, центре или стационаре. В промежуточный (от 12-18 мес. до 4-6 лет) и в поздний период (с 4-6 лет) последовательно – в центре медицинской реабилитации, поликлинике, специализированном санатории [Симонова]. Естественно, что приоритет в этих учреждениях имеет медицинская

реабилитация, а все остальные (психолого-педагогическая коррекция, социальная реабилитация) дополняют ее.

В образовательных учреждениях, где обучаются дети с ДЦП, наоборот, медицинские мероприятия отодвигаются на второй план и проводятся в ограниченном объеме. В учреждениях социальной защиты (санатории, доме инвалидов) осуществляется либо курсовое санаторно-курортное лечение, либо социальная опека.

По мнению Г.Г. Шанько, мультидисциплинарный подход имеет ряд недостатков: при стационарной терапии редко продолжается учеба из-за отсутствия педагогов; мало уделяется внимания трудотерапии и вопросам профориентации. К.А. Семенова считает большим недостатком мультидисциплинарного подхода «жесткую разьединенность специалистов» и отсутствие знаний в смежных областях.

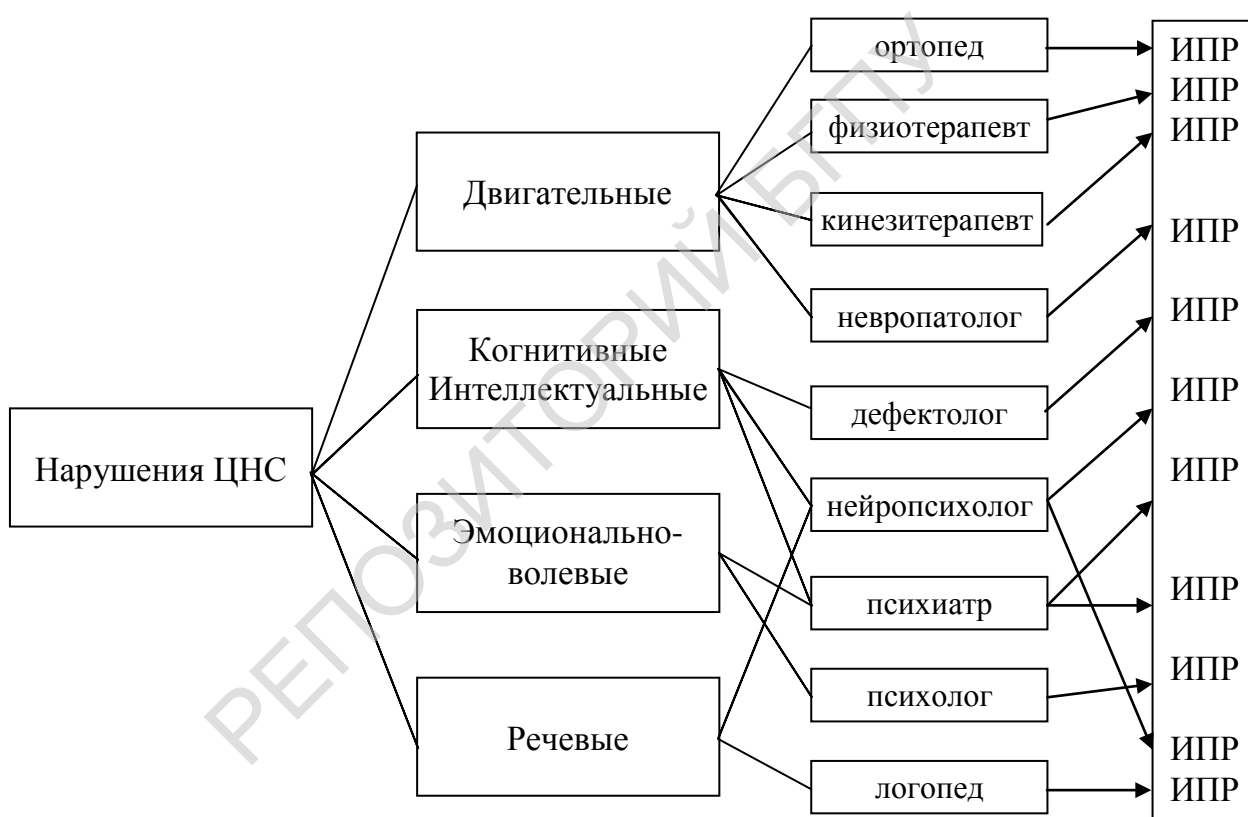


Рисунок 1 – Модель мультидисциплинарного подхода к реабилитации больных с детским церебральным параличом

По мнению Т.Н. Симоновой и В.Г. Симонова, взаимодействие между специалистами при мультидисциплинарном подходе ограничено, зачастую формально. Обследование и составление планов по всем составляющим комплексной реабилитации проводится независимо друг от друга, а взаимодействие заключается в простом обмене информацией: в представлении друг другу уже принятых решений, а не в выработке общего. Недостатком разработки реабилитационной стратегии при данном подходе является то, что ведущими инвалидизирующими факторами ДЦП считаются

биомеханические и нейрофизиологические нарушения, на устранение которых направлены все усилия. Однако между недостаточностью функции и ее следствиями – ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью – не может быть простой связи. Жизнедеятельность представляет собой интеграцию физических, психологических, социальных функций и обуславливается множеством факторов: влиянием окружающей среды, общества, степенью мотивации самого пациента, психологическим состоянием его ближайшего окружения. Таким образом, повышение нейроортопедического статуса ребенка с ДЦП без воздействия на все вышеперечисленные факторы не приведет к достижению определенного уровня социальной независимости.

Учитывая вышесказанное, Т.Н. Симонова и В.Г. Симонов разработали **трансдисциплинарный подход к реабилитации детей с ДЦП**. При таком подходе ребенок рассматривается не как субъект, обладающий совокупностью неврологических, ортопедических и других нарушений, а как личность с особыми образовательными и социальными потребностями, испытывающая определенные трудности в осуществлении свойственных ей возрастных функций (рис. 2).

По мнению авторов, при трансдисциплинарном подходе оценку состояния больного ребенка, выбор метода и объема реабилитационных мероприятий осуществляет не один специалист по своему профилю (ортопед, кинезитерапевт, дефектолог и т.д.), а реабилитационная команда. Педагоги, медицинские и социальные работники, входящие в нее, проводят обследование пациента при его поступлении, а затем на медико-психолого-педагогическом консилиуме, называемом реабилитационным советом (РС), обсуждают его результаты и принимают интегрированное заключение, намечают задачи и содержание индивидуальной программы реабилитации (ИПР). Повторно РС собирается по завершении ИПР реабилитации для подведения ее итогов и оценки эффективности.



Рисунок 2 – Модель трансдисциплинарного подхода к организации реабилитации детей с церебральным параличом

Отличия трансдисциплинарного подхода реабилитации от мультидисциплинарного подхода представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика мультидисциплинарного и трансдисциплинарного подходов к реабилитации детей с ДЦП

Признаки	Мультидисциплинарный подход	Трансдисциплинарный подход
Направленность воздействий по МНН, ВОЗ, 1989	Нарушение (органо-функциональный уровень)	Ограничение жизнедеятельности (личностный уровень)
Оценка степени тяжести больного	Инструментальная оценка органо-функциональных нарушений	Социометрический метод оценки качества жизни
Диагностика	Индивидуальное обследование каждого вида нарушения	Индивидуально-групповой метод оценки каждого вида жизнедеятельности
Содержание ИПР	Сумма изолированных заключений и планов реабилитации по каждому виду нарушения	Интегрированное заключение и комплексная программа реабилитации по каждому виду ограничения

		жизнедеятельности
Оценка эффективности	Динамика показателей инструментальной оценки органо-функциональных нарушений	Динамика показателей оценки функциональной независимости

Задания для самостоятельной работы

Определите основные задачи комплексной помощи детям с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

Вопросы и задания для самопроверки и самооценки

Установите какой подход (системный, мультидисциплинарный, трансдисциплинарный) использовался при реабилитации ребенка.

Кейс [2].

Диагноз: ДЦП, гиперкинетическая форма. Подкорковая дизартрия, дисграфия.

Объективно на момент начала реабилитационных мероприятий: тетрапарез. Мышечный тонус в конечностях и органах артикуляции повышен по экстрапирамидному типу. Грубо нарушена мелкая моторика вследствие выраженной ригидности мышц рук, дисметрии, дисхронометрии, нарушения кинестезии и барестезии. Не соизмеряет степень захвата, нажима, нарушена координация из-за гиперкинезов, способность адаптировать руку к форме захватываемого предмета. Письмо недоступно. При выполнении любого мануального действия происходит напряжение всех мышц туловища, конечностей из-за отсутствия способности к избирательности движения. Таким образом, имеются не только трудности при самообслуживании, но и невозможно развитие графических навыков. Так как девочка страдает выраженной дизартрией с практически неразборчивой речью, она лишена возможности общения с окружающими и полноценного обучения при сохранном интеллекте.

В обсуждении индивидуальной программы реабилитации на реабилитационном совете принимали участие невропатолог, врач ЛФК, инструктор ЛФК, трудотерапевт, школьный учитель, учитель труда, преподаватель по социально-бытовой ориентировке, психолог. Очевидно, что на данной стадии заболевания было бессмысленно рассчитывать на заметный регресс неврологической симптоматики. Речь могла идти не столько о коррекции нарушений, сколько об их компенсации. Были намечены следующие задачи:

1. Развитие альтернативных графических навыков, заменяющих письмо: овладение клавиатурой пишущей машинки (для занятий дома) и компьютера (для занятий в Центре). Для этого изготовлены приспособления, ограничивающие «промахивание» (фиксаторы предплечья, пластмассовая пластина с отверстиями для клавиш).

2. Развитие мелкой моторики:

а) отработка избирательности движений пальцев правой руки, точности, темпа, ритма, экономичности движений;

б) отработка произвольного контроля над общей моторикой, координацией движений, умения подавлять гиперкинезы, синкинезии, овладение методикой саморелаксации;

в) автоматизация навыка печатания на занятиях в школе, дома, в трудовой лаборатории;

г) введение навыка печатания в деловые игры по решению задач повседневной жизни: при посещении магазина, поликлиники, библиотеки (умение составлять записки с изложением своих потребностей);

д) начальная профориентация – работа в библиотеке Центра: умение составлять каталог, аннотации периодической и художественной литературы с целью дальнейшей профориентации.

Указанные задачи реализовывались на сеансах кинезитерапии, трудотерапии, физкультурных занятиях, факультативных занятиях китайской оздоровительной гимнастикой тайцзыцунань, на уроках русского языка, социально-бытовой ориентировки, труда, коррекционных занятиях логопеда, психолога, на стабิโลграфе.

В результате проведенной индивидуальной программы развития девочка приобрела значительную самостоятельность в повседневной деятельности: в еде, одевании, уходе за внешним видом. На момент катamnестического обследования (через 4 года после начала реабилитации) она научилась рисовать приспособленной кистью, обнаружив способности к изобразительной деятельности, освоила ряд навыков по приготовлению пищи, мытью посуды. Благодаря овладению компьютером смогла выполнять письменные задания в школе, значительно облегчилось выполнение уроков. Стал более разнообразным досуг: расширился круг общения (приобрела друзей по переписке и через Интернет), участвует в подготовке стенгазеты (собирает материал, берет интервью у сотрудников Центра и гостей, записывает их на диктофон, а затем печатает на компьютере). Улучшилась успеваемость в школе. Уровень функциональной независимости увеличился на и соответствует минимальной зависимости.

Задания для углубленного изучения темы

Изучите особенности организации работы реабилитационного совета при трансдисциплинарном подходе реабилитации детей с ДЦП (члены совета, координатор, график работы, составление заключения, выработка индивидуальной программы реабилитации).

Рефлексия освоения компетенций

Задание на интеллектуальную рефлексию:

нарисуйте на листах бумаги свою руку и впишите внутри контура свои ответы на указанные вопросы. Большой палец – «Какой подход, на Ваш взгляд, в реабилитации детей с ДЦП является наиболее эффективным?», указательный – «В чем преимущество выбранного Вами подхода?», средний

– «В чем недостатки выбранного Вами подхода?», безымянный – «В республике Беларусь наиболее часто реабилитация детей с ДЦП проводится в рамках подхода», мизинец – «Еще по этой теме хотелось бы узнать...».

Задание на личностную рефлексю:

завершите фразу «Для меня в процессе изучения данной темы стало открытием ... ».

Библиографический список

1. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Пособие для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др., Науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – Мн.: УО «БГПУ им. М. Танка», 2007. – 144 с.

2. Симонова Т.Н., Симонов В.Г. Реабилитация детей с детским церебральным параличом на основе трансдисциплинарного подхода: Учебное пособие к курсу по выбору. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2002, - 76 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ