

Тема 8.2. Технологии работы с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА)

1. Социально-психологические особенности людей с нарушением двигательной сферы.
2. Особенности взаимодействия с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата.
3. Проблемы межличностного общения и социального поведения людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
4. Доступная среда для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Социально-психологические особенности людей с нарушением двигательной сферы.

Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности: - при тяжелой степени люди не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью.

Навыки самообслуживания у них не сформированы; - при средней степени двигательных нарушений люди овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа); - при легкой степени двигательных нарушений люди ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП), 89% детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата - это дети с ДЦП. За последние годы данное заболевание стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (частота его проявлений в РФ достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных).

Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике людей, страдающих церебральным параличом.

Общие нарушения, которые составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП:

- нарушение мышечного тонуса по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония).

- наличие параличей и парезов (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений.

А это в своё время затрудняет формирование ходьбы, навыков самообслуживания, учебной и других видов деятельности.

В зависимости от локализации нарушения *выделяют 4 вида церебрального паралича:*

- тетраплегия (поражение всех четырех конечностей);
- диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела);
- моноплегия (поражение одной конечности).
- нарушения равновесия и координации движений (атаксия).

Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях человек не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате человек испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие люди затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Наблюдается несоразмерность движений (прежде всего рук). Человек не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место. Нарушение ощущения движений (кинестезии).

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и человеку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр.

У многих людей искажено восприятие направления движения. Например, движение ноги вперед ощущается как движение в сторону.

Для людей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью поражения ЦНС. Дефицитарность

моторной сферы приводит к двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушениям эмоционально-волевой сферы. Считается, что примерно 20-25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии.

Важно отметить, что все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей - таких, как:

- нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы человека с ДЦП;
- выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов.

Выделим специфические особенности развития познавательной сферы людей с церебральным параличом:

- нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Человек застревает на отдельных элементах.
- трудности формирования произвольного внимания.
- нарушения пространственного восприятия, у людей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке.
- нарушения в формировании образной памяти (включающей в себя зрительную, слуховую, осязательную память) большей частью являются следствием нарушений восприятия. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Более полно люди с церебральным параличом запоминают яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей.

У студентов с ДЦП имеется ряд особенностей формирования мышления. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием; так как человек с ДЦП лишен возможности двигаться либо такая возможность ограничена, он познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и рассказах окружающих. Поэтому очень часто у детей с ДЦП имеет место вербализация.

По эмоционально-волевым проявлениям людей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы.

В одном случае с **пониженной возбудимостью**, в другом - **чрезмерной чувствительностью** ко всем внешним раздражителям.

Обычно они беспокойны, суежливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Они эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, человек не может остановиться.

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для человека обстановке и при утомлении.

Нарушения поведения отмечаются не у всех людей с церебральным параличом. У более многочисленной группы людей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие люди отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением.

В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюнотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание и реакция на физический дефект.

У людей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; преподаватель должен приближаться к студенту со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать людей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время. При нарушении моторики рук,

необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ.

2. Особенности взаимодействия с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата.

ПРАВИЛА ЭТИКЕТА ПРИ ОБЩЕНИИ С ИНВАЛИДАМИ, ИСПЫТЫВАЮЩИМИ ТРУДНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ

- **Помните, что инвалидная коляска** — неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайтесь на нее, не толкайте, не кладите на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без согласия инвалида — то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.
- **Всегда спрашивайте**, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее. Предлагайте помощь, если нужно открыть тяжелую дверь или пройти по ковру с длинным ворсом.
- Если ваше предложение о помощи принято, спросите, что нужно делать, и четко следуйте инструкциям.
- **Если вам разрешили передвигать коляску**, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.
- **Всегда лично убеждайтесь в доступности мест**, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйтесь, какие могут возникнуть проблемы или барьеры и как их можно устранить.
- **Не надо хлопать человека**, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
- **Если возможно, расположитесь так**, чтобы ваши лица были на одном уровне. Избегайте положения, при котором вашему собеседнику нужно запрокидывать голову.
- **Если существуют архитектурные барьеры**, предупредите о них, чтобы человек имел возможность принимать решения заранее.
- **Помните, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении**, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.
- **Не думайте, что необходимость пользоваться инвалидной коляской** — это трагедия. Это способ свободного (если нет архитектурных барьеров) передвижения. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости

ПРАВИЛА ЭТИКЕТА ПРИ ОБЩЕНИИ С ИНВАЛИДАМИ, ИМЕЮЩИМИ ГИПЕРКИНЕЗЫ (НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ТЕЛА ИЛИ КОНЕЧНОСТЕЙ)

- Если вы видите человека с гиперкинезами, не следует явно обращать свое внимание на его движения. При разговоре **не отвлекайтесь на произвольные движения** Вашего собеседника, потому что невольно можете пропустить что-то важное.
- Предлагайте помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.
- Перед тем, как сесть за стол с человеком, который не может управлять своими руками, поинтересуйтесь, что ему понадобится для удобства.
- Не бойтесь противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно» приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагайте свои аргументы, даже если видите, что Ваш собеседник нервничает.

3. Проблемы межличностного общения и социального поведения людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

По эмоционально-волевым проявлениям людей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы.

В одном случае с **пониженной возбудимостью**, в другом - **чрезмерной чувствительностью** ко всем внешним раздражителям.

Обычно они беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Они эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, человек не может остановиться.

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для человека обстановке и при утомлении.

Нарушения поведения отмечаются не у всех людей с церебральным параличом. У более многочисленной группы людей процесс торможения

превалирует над процессом возбуждения. Такие люди отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением.

В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание и реакция на физический дефект.

У людей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; преподаватель должен приближаться к студенту со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать людей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время. При нарушении моторики рук, необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ.

Доступная среда для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

См. методические рекомендации по обеспечению доступности зданий с 20-21.