

УДК 616.83-008.15-08-039.76

*О.К. Малтанар***ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА**

Ждановская областная психиатрическая больница

Ключевые слова: умственная отсталость, лечебная физкультура, реабилитация

По данным многих авторов число детей, обучающихся в специальных школах, в связи с нарушениями интеллекта, возросло практически вдвое. Повышению числа умственно отсталых способствует такой фактор, как женский алкоголизм, наркомания и курение во время беременности [1,2,4,5].

В социальном аспекте умственная отсталость, по определению американской ассоциации врачей, характеризуется следующими критериями: коэффициентом интеллекта (IQ) ниже 70; недостаточностью социальной компетенции индивидуума; возникновением этого дефекта в период развития т.е. до 18-ти летнего возраста. С педагогической точки зрения важно утверждение, что умственная отсталость – не прогрессирующее патологическое состояние. Напротив, в большинстве случаев возможно определенное интеллектуальное развитие [1,6].

Клинико-психологическая структура дефекта при умственной отсталости обусловлена явлениями необратимого развития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры. В тесной связи с указанными особенностями находятся сформулированные Г.Е.Сухаревой 2 основных клинико-психологических «закона» умственной отсталости: тотальность и иерархичность нервно-психического недоразвития. Понятие «тотальность» означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере – соматические функции, начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов, недоразвития роста, костной, мышечной и других систем, несформированности моторики, элементарных эмоций и кончая недоразвитием высших психических функций, таких как речь, мышление, формирование личности в целом. При тотальности психического недоразвития на первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактного мышления.

Второй особенностью психического недоразвития является иерархичность недоразвития от-

дельных психических функций, причем наиболее страдает их высшее звено. Это выражается в том, что недостаточность гнозиса, речи, эмоций, памяти проявляется меньше, чем недоразвитие мышления. В восприятии, памяти, внимании, эмоциональной сфере и моторике больше страдает уровень, связанный с процессами отвлечения и обобщения. Пассивное внимание более сохранено, чем активное и произвольное. Механическая память удовлетворена по сравнению со смысловой. При относительной сохранности элементарного движения значительно недоразвита мелкая моторика.

Тип двигательной недостаточности при различных клинических формах умственной отсталости неодинаков и зависит от многих факторов: локализация поражения мозга, уровня интеллекта и др [2].

Согласно уровневой теории организации движения Н.А.Бернштейна двигательные проявления глубоко умственно отсталых детей отражают недостаточность психологической организации движений. Недостаточность смыслового предметного уровня организации движений вызывает компенсаторное выполнение двигательного акта на более сохранном пространственном уровне, что проявляется в слабости, неточности, несвоевременности движений при перемещении в пространстве.

При умеренной умственной отсталости в зависимости от преобладания того или иного нервного процесса характерны следующие особенности моторики: при возбудимой форме на фоне общей расторможенности наблюдается моторное беспокойство, склонность к ускорению ритма; при торпидной форме – вялость, неуверенность в движениях, дети часто теряют направление, наблюдается недостаточность координации мелких движений, движений с большой амплитудой, движения, связанные с перемещением тела (бег, прыжки) выполняются неохотно.

При легкой умственной отсталости двигательная недостаточность выражается затрудне-

нием в смысловом опосредовании движения, в непонимании двигательной задачи. По данным исследований Н.О.Рубцовой неправильная походка (дискоординация ног, рук, скованность, неритмичность, лишние движения) отмечена у 40-50% детей с легкой умственной отсталостью; нарушения в беговых упражнениях (несогласованность рук, ног, неравномерность движений по амплитуде, излишнее вращение туловища, скованность плечевого пояса) отмечены у 50-60% детей; неумение прыгать на одной и двух ногах – у 90-100%.

Наличие таких морфологических недостатков как патологическая форма грудной клетки, деформация позвоночника, неправильная форма ног способствует двигательным нарушениям.

Все физические качества, связанные с подвижностью нервных процессов (координация, сила, быстрота), у умственно отсталых детей отстают в развитии по сравнению с нормой прямо пропорционально возрасту. Физические качества, не тесно связанные с подвижностью нервных процессов (гибкость, выносливость), развиваются с ростом ребенка и приближаются к норме. Уровень развития физических качеств тесно связан со степенью умственной работоспособности [2,3].

Знания указанных особенностей развития и двигательной деятельности детей с умственной отсталостью необходимы для правильного обоснования методики физической реабилитации.

Физическая реабилитация – составная часть медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов.

Средства физической реабилитации подразделяются на активные, пассивные, психорегулирующие. К активным средствам относятся все формы лечебной физкультуры: разнообразные физические упражнения, элементы спорта, трудотерапия. К пассивным – массаж, физиотерапия, мануальная терапия, природные факторы. К психорегулирующим – аутогенная тренировка, мышечная релаксация.

Основным средством физической реабилитации являются физические упражнения и элемен-

ты спорта, а применение их – всегда педагогический, образовательный процесс. Физические упражнения дают положительный эффект в реабилитации, когда они адекватны возможностям больного и оказывают тренирующее действие и повышают адаптационные возможности.

Нами было обследовано 78 подростков с умственной отсталостью, находившихся на стационарном лечении в областной психиатрической больнице г. Ждановка. У подавляющего большинства подростков (93,6%) в процессе клинического исследования установлена легкая степень интеллектуальной недостаточности, соответствующая уровню легкой дебильности. В пяти случаях (6,4%) диагностирована умеренно выраженная дебильность. У абсолютного большинства пациентов (76 человек, 97,4%) умственная отсталость сочеталась с психомоторной расторможенностью и психопатоподобным поведением. Только в 2-х случаях можно было думать о неосложненной форме умственной отсталости без заметных признаков деформации личности.

В большинстве случаев (82,1%) преобладала неудовлетворительная успеваемость по основным предметам вне зависимости от формы организации учебного процесса. Практически у всех подростков отсутствовала мотивация к учебе, чувство долга и ответственности, их отличало незнание элементарных правил дисциплины, неумение вести себя в коллективе.

В ходе лечебно-восстановительного процесса с целью улучшения морально-психологического состояния, и социальной интеграции подростков с умственной отсталостью использовались разнообразные активные средства физической реабилитации. Для достижения данной цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Создание условий для правильного физического развития.
2. Улучшение координации и формирование навыка ориентации в пространстве.
3. Формирование навыка произвольного напряжения и расслабления мышц.
4. Нормализация всех функций организма.
5. Повышение общего тонуса организма.

Процесс лечебно-восстановительной тренировки базировался на следующих физиологических обоснованных педагогических принципах:

1. Индивидуальный подход к больному. При разработке реабилитационной программы учитывался возраст больного, пол, характер и степень патологического процесса и функциональные возможности больного.
2. Сознательность. Только сознательное и

активное участие самого больного в процессе реабилитации создает необходимый психоэмоциональный фон и психологический настрой реабилитируемого, что повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

3. Принцип постепенности при повышении физической нагрузки.

4. Систематичность.

5. Цикличность, заключающаяся в чередовании работы и отдыха с соблюдением оптимального интервала.

6. Системность воздействия.

7. Новизна и разнообразие в подборе и применении физических упражнений (10-15% физических упражнений должны обновляться).

8. Умеренность воздействия средствами физической реабилитации.

Применялись как общеукрепляющие, общеподготовительные упражнения (утренняя гимнастика, статические дыхательные упражнения, порядковые, строевые, которые организуют, дисциплинируют, вырабатывая необходимые двигательные навыки), так и специальные (бег, лечебная дозированная ходьба), спортивные игры, трудотерапия, направленные на повышение жизненного тонуса, создающие психологические предпосылки для социальной интеграции подростков и восстановления трудоспособности.

В связи с особенностью контингента и степенью обучаемости умственно отсталых использовалась индивидуально-групповая форма занятий, как наиболее эффективная. В каждом индивидуальном случае рекомендовался этапно-курсовый метод реабилитации (чередование курсов реабилитационных мероприятий в стационаре и дома).

Занятия строились по общепринятым принципам, имели вводную, основную и заключительную часть. Физиологическая кривая нагрузки двухвершинная. Количество упражнений – 6-7 – на первых занятиях, постепенно увеличивалось до 10-15. Дозировка каждого упражнения не превышала 4-6 раз. Длительность занятий – от 10 до 30 минут.

Для оценки адекватности и эффективности реабилитации использовались такие методы контроля как мотодиагностика и экспериментально-психологическое исследование. В ходе мотодиагностики определялись двигательные возможности больного, способности к бытовым и трудовым операциям, для чего использовались различные позные пробы, мышечное тестирование и др. При проведении эксперименталь-

но-психологического исследования, определялось влияние реабилитационных мероприятий на структуру и степень изменения психических функций, внимание, мышление, эмоционально-волевою сферу, личностные особенности. Степень восстановления оценивалась по 4-х балльной шкале: значительное восстановление, частичное восстановление, без изменений от исходного уровня, ухудшение.

Значительное восстановление было отмечено лишь в 9 случаях (11,5%), что связано с невыполнением рекомендаций этапно-курсового метода физической реабилитации в силу асоциального образа жизни родителей. В большинстве случаев (78,2%) отмечено частичное восстановление, в 8 случаях (10,3%) изменений от исходного уровня не было. Ухудшения при проведении реабилитационных мероприятий не отмечалось.

Систематические тренировки подростков в коллективе, участие в спортивных играх, соревнованиях и другие мероприятия способствовали активизации функций всего организма, усиливали процессы дыхания, кровообращения, в результате чего как объективно, так и субъективно отмечалось улучшение аппетита, нормализация сна, улучшение координации движений, быстроты, выносливости. Развивалось ощущение позы и направления движения, положения частей тела. Кроме того, звуковые и речевые сопровождения, которые широко использовались в ходе проведения реабилитационных мероприятий, нормализовывали психологическую деятельность, улучшали понимание речи, обогащали словарный запас подростков.

Катамнестически в 67,9% случаев улучшилась успеваемость подростков вне зависимости от формы организации учебного процесса, в связи с повышением мотивации к учебе, чувства долга и ответственности. Подростки стали более дисциплинированными, улучшились навыки общения в коллективе.

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий позволило освободить подростков от чувства изолированности, отчужденности, повысить адаптационные возможности, улучшить социальную интеграцию. Даже минимальные успехи в повышении спортивных результатов помогли обрести чувство самоуважения и значимости своей личности. Проведенное нами исследование позволило сделать выводы о необходимости разработки и проведения адекватных медико-социальных и психокоррекционных программ по месту жительства пациентов. Одним из вариантов внебольничной ре-

билитации подростков с умственной отсталостью могут явиться физкультурно-оздоровительные клубы для детей с нарушениями интеллекта, способствующие привлечению их к регуляр-

ным занятиям физической культуры и спортом для укрепления здоровья, формирования активной жизненной позиции и пропаганды здорового образа жизни.

О.К. Малтапар

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Україна

Це дослідження вікриває проблему реабілітації підлітків з розумовою відсталістю. У статті висвітлені основні принципи фізичної реабілітації пацієнтів з порушеннями інтелекту. Розглянуті питання впливу лікувальної фізкультури та інших засобів активної фізичної реабілітації на фізичну працездатність, адаптаційні можливості та соціальне функціонування підлітків з розумовою відсталістю. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 151-154)

О.К. Maltapar

PHYSICAL REHABILITATION WITH INTELLECTUAL DISTURBANCES

Zdaniv regional psychiatric hospital

The investigation is opens the problem of rehabilitation of adolescents with mental backwardness. The main principles of physical of rehabilitation in patients with intellectual disturbances are shown. The questions of influence of curative physical traing and some other forms of physical rehabilitation on physical capacity for work, adaptive capacities and social function were examines. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 151-154)

Литература

1. Зиглер Е., Ходапп Р.М. Понимание умственной отсталости. К.: Сфера, 2001. — 360 с.
2. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1999. — 608 с.
3. Елифанов В.А. Лечебная физкультура. М.: Медицина, 2001. — 592 с.
4. Крыжановская И.Л., Маринчева Г.С. О некоторых вариантах умственной отсталости с нарушениями поведения (по данным клинико-эпидемиологического исследования). Социальная и

клиническая психиатрия. 1999, 2. — С. 18-20.

5. Гурьева В.А., Вострокрутов Н.В., Макушкин Е.В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков. Руководство по социальной психиатрии. М. «Медицина», 2001. — С. 117-136.

6. Baumeister, A. Problems in comparative studies of mental retardates and normals. American Journal of Mental Deficiency, 1977. — P. 896-875.

Поступила в редакцию 17.05.2004