

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Suport de curs

TERAPIE OCUPAȚIONALĂ ȘI REABILITARE PSIHOSOCIALĂ

(pentru medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali și
manageri ai serviciilor medicale și sociale)

Bălți, 2008

cu suportul financiar al DDC al Elveției în Moldova

Suportul de curs a fost elaborat în cadrul proiectului „Sustinerea Reformei in Sanatate Mintala (Terapie Ocupationala) in Moldova” finantat de DDC a Elvetiei in Moldova de către experții:

1. Valentina Pritcan – doctor în psihologie, conferențiar universitar, decanul facultății de Pedagogie, Psihologie și Asistență Socială a USB „A. Russo”
2. Larisa Boderscova – Coordonator Național al Pactului de Stabilitate în Sănătate Mintală, d.m., cercetător superior al CȘPSPMS.
3. Jana Chihai – psihiatru – psihoterapeut, psihoterapeut, directorul Centrului de Sănătate Mentală „Somato”, mun. Bălți, lector la facultatea de Psihologie, Pedagogie și Asistență Socială a US „A. Russo” din Bălți



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC

Sumar

Introducere	
Tema 1. Terapie ocupațională și conotațiile științifice ale ei	
1.1 Terapie ocupațională: delimitări conceptuale, direcții și funcții fundamentale.....	
1.2 Evoluția istorică a terapiei ocupaționale.....	
1.3 Întrebări de recapitulare.....	
Tema 2. Terapie ocupațională și conotațiile științifice ale ei	
2.1. Bazele filosofice ale practicării terapiei ocupaționale.....	
2.2 . Competențele profesionale ale terapeuților ocupaționali.....	
2.3 Categoriile de activități de natură ocupațională.....	
2.4 Întrebări de recapitulare.....	
Tema 3. Procesul terapiei ocupaționale	
3.1. Desfășurarea procesului de terapie ocupațională.....	
3.2. Procesul de terapie ocupațională și relațiile dintre elementele sale componente	
3.3. Evaluarea în terapie ocupațională.....	
3.4. Întrebări de recapitulare.....	
Tema 4. Rolul terapiei ocupaționale în reabilitarea psihosocială și profesională a persoanelor marcate de diferite categorii de deficiențe	
4.1. Conceptul de deficiență. Tipuri de deficiență.....	
4.2 Reabilitarea (recuperarea) bolnavilor psihici și a deficienților	
4.3. Particularitățile recuperării psihice.....	
4.4. Modele de programe și de practici de reabilitare.....	
4.5 Întrebări de recapitulare.....	
Tema 5. Managementul de caz și terapie ocupațională individualizată	
5.1. Evaluarea și intervenția individualizată. Managementul de caz.....	
5.2. Planul de intervenție personalizat pentru persoanele cu dizabilități.....	
5.3. Recomandări pentru inițierea procesului de terapie ocupațională centrată pe persoanele	

cu dizabilități.....

5.5 Întrebări de recapitulare.....

Tema 6. Terapa ocupațională aplicată.....

6.1. Ludoterapia.....

6.2. Meloterapia

6.3. Terapie prin dans.....

6.4. Artterapie.....

6.5 Întrebări de recapitulare.....

Tema 7. Repere metodologice de realizare a procesului de ergoterapie

7.1. Ergoterapie: definiții, obiective, faze

7. 2. Elemente aplicative ale ergoterapiei.

7.3 Ergoterapie și persoanele cu probleme de sănătate mentală sau fizică.

7.4 Întrebări de recapitulare.....

Tema 8. Repere metodologice de realizare a procesului de ergoterapie

8.1. Procesul de ergoterapie și limitele raționalității terapeutice. Metodele de tratament.....

8. 2. Evaluarea formativă în ergoterapie.....

8. 3. Planificarea tratamentului.....

8. 4. Executarea tratamentului.....

8. 5. Evaluarea sumativă.....

8.6 Întrebări de recapitulare.....

Bibliografie.....

Introducere

Suportul de curs tinde să reflecte achizițiile științifice și experiența țărilor avansate în crearea serviciilor comunitare pentru reabilitarea socială a diferitor categorii de actori sociali prin intermediul terapiei ocupaționale. Este predestinat mediilor academice care pregătesc specialiști pentru următoarele domenii:

- Terapie ocupațională
- Ergoterapie
- Asistență Socială
- Psihologie
- Medicină
- Asistență medicală

Necesitatea elaborării lui derivă din faptul că în medicina modernă se relevă pregnant rolul terapiei ocupaționale în reabilitarea socială și restaurarea valorilor morale.

Rolul profesiei de practician al terapiei ocupaționale este de a dezvolta însușiri, calități, abilități, beneficiarii fiind persoane care au întâmpinat probleme ale capacității de funcționare în orice perioadă a dezvoltării individuale, fizice sau psihice.

Spectrul de acțiune al terapiei ocupaționale include probleme fizice, deci ale corpului, psihice - la bolnavii psihici, cognitive, psihologice și psihosociale. Practicianul terapiei ocupaționale învață principiile generale aplicabile tuturor acestor dizabilități.

Domeniul de aplicare și activitate a practicianului de terapie ocupațională este de la pediatrie până la secțiile de geriatrie, într-o paletă largă de metode ce variază de la o consultație unică până la cure de tratament, pe termen scurt până la reabilitare și ajustare pe termen îndelungat.

Personalul din Terapie ocupațională activează în spitale, în clinici și școli, acasă la pacient, în diverse servicii sociale, în închisori, în ultimul timp extinzându-se activitatea în ergonomie, în terapia susținută de animale, etc.

Practicianul de terapie ocupațională lucrează cu pacienți cu dizabilități fizice, psihice sau psihologice care pot fi rezultatul unui accident, a unei răniri, boli somatice sau psihice, a unei dereglări emoționale, a unui conflict sau stări de stres, al unor întâzieri în dezvoltare sau al unor anomalii genetice. Beneficiarul practicianului de terapie ocupațională poate fi un copil preșcolar cuprins într-un program de intervenție preventivă (exemplu copiii străzii) sau un copil cu probleme neuropsihice care

frecventează o școală publică sau adolescenții dintr-un centru de tratament antidrog sau cu un adult retardat mintal sau cu sechele motorii care a fost antrenat pentru a face o activitate productivă. Un client poate fi un om paralizat în urma unei leziuni a măduvei spinării ca urmare a unui accident sau care a avut un atac cerebral care trebuie să se obișnuiască să trăiască în propria casă, să-și îngrijească familia, deși o parte a corpului său nu mai funcționează normal.

Un client poate fi un bolnav psihic care are nevoie să învețe lucruri simple cum ar fi mersul la cumpărături, păstrarea de caiete de cheltuieli, utilizarea transportului în comun, deci activități zilnice considerate banale, dar care conferă un grad de independență putând fi integrat chiar și într-un program de recalificare și reconversie profesională.

Terapia ocupațională se adresează și oamenilor în vârstă unde poate fi aplicată în scop profilactic (de prevenire) încetinind procesul de îmbătrânire prin exercițiu fizic și intelectual, cât și ca terapie caz în care își propune să ajute vârstnicul să-și recapete maximum de independență psihologică, fizică și socială.

Îmbunătățirea independenței personale, în limitele situației sale particulare de boală, este ceea ce leagă variatele circumstanțe ale activităților socio-terapeutice.

Parametrii tratamentului în terapia ocupațională sunt determinați de dizabilitățile pacientului, respectiv și practic doar imaginația terapeutului, cunoștințele și experiența sa stabilește limitele și orientările pornind de la activități special concepute cum ar fi ergoterapia până la activitățile ludice, deci jocuri, sport, muzică, grădinărit, dans, computere, îngrijirea animalelor de casă, activități casnice sau învățarea scrisului.

Aceste constatări demonstrează, că persoanele care doresc să practice terapia ocupațională trebuie să găsească soluții în raport cu pregătirea și imaginația lor, folosind activitatea cu scop determinat pentru a ajuta clientul sau pacientul să achiziționeze noi abilități, să-și îmbunătățească abilitățile deficitare, să compenseze dizabilitățile funcționale promovându-se astfel sănătatea și creșterea calității vieții

Suportul de curs este consacrat metodologiei terapiei ocupaționale, în general, și ergoterapiei, în particular. Suportul de curs este adresat ergoterapeuților, psihologilor, medicilor, psihologilor, asistenților sociali care, zilnic, observă, evaluează și tratează clienții. Ei vor putea găsi în acest suport de curs explicația procesului prin intermediul căruia se dezvoltă rațiunea și comportamentul lor în timp ce ei practică terapia ocupațională. Acest suport de curs se adresează, de asemenea, celor ce studiază terapia ocupațională, profesorilor care predau acest curs și celor ce se ocupă de stagiile de

practică a studenților. Cei din urmă ar putea să se inspire din suportul de curs și să găsească răspunsuri la diverse întrebări de ordin metodologic și psihopedagogic. Ceilalți profesioniști din sectoarele medicale, sociale și educative vor găsi în suportul de curs o metodologie comparabilă cu a lor și reflecții care vor intra în rezonanță cu ale lor proprii.

Necesitatea elaborării acestui suport de curs derivă din faptul că terapia ocupațională, ergoterapia sunt profesii tinere, după cum, de fapt, și majoritatea profesiilor din sfera medico – socio - educativă. Terapia ocupațională, inclusiv -ergoterapia se află la hotarele de tangență a acestor domenii, cu toate că terapeuții ocupaționali și ergoterapeuții lucrează mai mult în mediul medical decât în cel educativ. Terapia ocupațională este un domeniu de intervenție, care are numeroase aspecte tehnice/metodologice. De asemenea, în procesul evoluției sale ergoterapia și-a creat tehnici și mijloace de evaluare și intervenire centrate pe ajutorarea clienților în rezolvarea unor probleme particulare. Aceste probleme sunt dificultățile sau imposibilitățile pe care indivizii le întâlnesc în sarcinile lor zilnice. Ele sunt consecutive unor grave alterări a sănătății cauzate de diverse boli, accidente sau handicapuri.

Un loc aparte în acest suport de curs revine ergoterapiei. Problemele, în stare de a fi tratate, în ergoterapie sunt numeroase și variate. Soluțiile pe care le dau ergoterapeuții problemelor clienților săi sunt în mare parte de ordin practic. Este vorba despre un număr mare de acțiuni pe care clienții le vor realiza împreună cu ergoterapeutul lor cu scopul de a ameliora competențele în viața lor de zi cu zi. Terapiile sunt efectuate de-a lungul unui număr limitat de ședințe de tratament. Aplicarea terapiilor cere cunoșterea mai multor metode specializate de tratament.

Suportul de curs sintetizează opiniile științifice în domeniu, ceea ce permite oferirea și de idei, nu doar de tehnologii. Aceasta se explică prin faptul că terapia ocupațională, în general și ergoterapia, în particular, se centrează pe un număr de convingeri și de valori specifice în ceea ce privește individul, activitatea și sănătatea lui.

Scopul Curriculumului/cursului: asigurarea pregătirii profesionale pentru prestarea terapiei ocupaționale în cadrul serviciilor medicale, sociale și medico-sociale integrate.

Obiective:

- Prezentarea analitică, descriptivă, comparativă a esenței terapiei ocupaționale
- Familiarizarea cu direcțiile de bază ale terapiei ocupaționale

- Familiarizarea cu particularitățile specifice diferitor feluri/tipologii de terapii ocupaționale
- Însușirea sistemului de identificare – recuperare - adaptare-reintegrare socială a diferitor categorii de persoane.
- Stabilirea scopurilor, metodelor și mijloacelor de terapie ocupațională
- Familiarizarea studenților/participanților cu programe de reintegrare socială a diferitor categorii de beneficiari prin intermediul terapiilor ocupaționale
- Formarea competențelor profesionale în administrarea terapiilor ocupaționale
- Formarea abilităților de manageriere a serviciilor medico-sociale și sociale ce practică terapii ocupaționale.





Tema 1. Terapie ocupațională și conotațiile științifice ale ei

- 1.1 Terapie ocupațională: delimitări conceptuale, direcții și funcții fundamentale
- 1.2 Evoluția istorică a terapiei ocupaționale

Obiective:

- Să cunoască esența terapiei ocupaționale
- Să dezvolte capacitatea de a identifica situațiile ce necesită intervenția terapeutului ocupațional
- Să înțeleagă și să explice direcțiile de bază în acțiunea terapeuților ocupaționali și funcțiile exercitate de acestea
- Să identifice modul în care a evoluat terapia ocupațională

Concepte cheie: ocupație, terapie, terapie ocupațională, prioritatea fundamentală a terapiei ocupaționale, arii de acțiune în terapia ocupațională, obiective ale terapiei ocupaționale

1.2 Terapie ocupațională: delimitări conceptuale, direcții și funcții fundamentale

Terapie ocupațională are la bază concepția după care *activitatea voluntară* sau, altfel spus, *ocupația* cu componentele sale interpersonale și de mediu, poate fi utilizată eficient pentru împiedicarea apariției sau ameliorarea disfuncțiilor organismului uman, contribuind, în acest fel, la creșterea adaptării individului la societate.

Mai sintetic, putem spune că terapia ocupațională se preocupă în primul rând de asigurarea sănătății și funcționării optime a individului uman în mediul său de existență. În acest sens Mosey subliniază ideea după care terapia ocupațională este preocupată în primul rând „să ajute individul să-și dezvolte deprinderile adaptative ilustrate în comportamente învățate, care-i permit să-și satisfacă nevoile personale și să răspundă cerințelor mediului”.

În același timp, această știință este tot mai mult implicată în asigurarea specificului fiecărei individualități în parte, în creșterea și dezvoltarea fiecărei persoane.

Căutând o clarificare cât mai cuprinzătoare a obiectului de studiu al terapiei ocupaționale, este util să ne oprim, mai întâi, asupra definiției oferite de „**Asociația Americană de Terapie Ocupațională**” în anul 1968. Conform acesteia „*terapia ocupațională este arta și știința de a dirija modul de răspuns al omului față de activitatea selecționată, menită să promoveze și să mențină sănătatea, să împiedice evoluția spre infirmitate, să evalueze comportamentul și să trateze sau să antreneze pacientul cu disfuncții fizice sau sociale*”. (14)

Definițiile ulterioare merg pe aceeași linie, diferențele dintre ele ținând, în special, de sublinierea importanței unui aspect sau altul, în vederea circumscrierii mai exacte a obiectului de studiu al disciplinei. În acest sens, pe plan mondial este încă larg răspândită, o altă definiție. „*Terapie ocupațională este arta și știința de a dirija participarea omului spre îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, susține și spori performanța, de a ușura învățarea acelor abilități și funcții esențiale pentru adaptare și productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice și de a promova și menține sănătatea*” (Council on Standard Arts, Ajob, 1972).

Elementul comun și general al tuturor definițiilor date terapiei ocupaționale de diverși autori, se bazează pe conceptul de activitate sau ocupație.

„Orice activitate dispune de o bază individuală motivațională, de o structură (organizare prin autoorganizare) și de o țință, scop sau plan, în raport cu care se autoreglează. Activi-

tatea presupune o înlănțuire sau un sistem ierarhizat de acțiuni, care, la rândul lor, cuprind operații. Nota definitorie a activității este transformarea obiectelor materiale și/sau informațiilor și ansamblurilor informaționale". (11)

În cadrul terapiei ocupaționale accentul se pune pe caracteristicile individului în relație cu societatea și cu lumea în care trăiește.

Cunoștințele pe care le acumulează această disciplină se bazează pe informațiile dobândite din domeniile anatomiei, fiziologiei, pedagogiei, psihologiei, sociologiei, antropologiei și, în general, pe cunoștințele provenite de la majoritatea științelor care studiază comportamentul omului. Rezultă, deci, că terapia ocupațională, deoarece realizează o *sinteză informațională* între cunoștințele provenite din diverse științe particulare, se constituie ca o știință interdisciplinară.

Fundamentul acestei discipline a fost profund influențat de cercetările lui Clark (3) care în lucrarea sa „*Dezvoltarea amâna prin activitate practică*”, a demonstrat că analiza activității și adaptarea individuală sunt procesele esențiale, care determină geneza terapiei ocupaționale.

Viziunea integratoare asupra omului privit ca ființă socială, ca entitate complexă bio-psiho-socială a determinat cerința metodologică pentru cuprinderea unitară a diferitelor forme de terapie în plan biologic, chimioterapic și psihoterapic.

Dacă avem în vedere faptul că sensul oricărui demers terapeutic este de a restitui omului bolnav pe lângă sănătatea fizică și psihică și condiția psihosocială a normalității, înțelegem de ce metodele terapeutice complexe sunt de neconceput fără terapiile sociale în care se încadrează ca elemente distincte terapia ocupațională și ergoterapia. Numai prin acțiunea lor complexă și complementară se parcurge drumul necesar de la recuperarea fizică, biologică la reintegrarea socială și profesională individului uman. Astfel, **terapia ocupațională și ergoterapia sunt metode de tratament nemedicamentoase care au rol important în reabilitarea și reinserția socio-profesională a persoanelor cu dizabilități funcționale.**

Înțelesul sintagmei de terapie ocupațională derivă din cuvintele care o compun:

- **ocupația** - reprezintă ideea de activitate în care te implici, te angajezi și participi efectiv și motivat;
- **terapia** - însemnând tratamentul unei boli, a unei dizabilități sau a unui handicap.

Terapia ocupațională este arta și știința direcționării individului marcat de boală sau dizabilitate spre participarea la anumite activități pentru a-și reface, întări sau îmbunătăți performanțele, spre a facilita însușirea acelor abilități și funcții care sunt necesare pentru adaptare și productivitate și diminuarea sau corectarea patologiei, pentru menținerea stării de sănătate.

Prioritatea fundamentală a terapiei ocupaționale este de a menține și a dezvolta capacitățile individului uman, de a-i da posibilitatea de a realiza satisfăcător pentru sine și pentru alții diverse activități și de a-l învăța să se autocontroleze și să se orienteze în mediul înconjurător.

Obiectivele terapiei ocupaționale constau într-un program ce vizează ca finalitate *creșterea încrederii în sine, creșterea independenței în activitatea a pacientului, reintegrarea în mediul familial, social și profesional, deci de a oferi clientului condiția psihosocială a normalității.*

În sfera cerințelor de bază a programelor de terapie ocupațională se pot menționa următoarele exigențe:

1. necesitatea de a asigura un program activ prin ocuparea integrală a timpului beneficiarului;
2. cuprinderea în programul de activitate a unor elemente de socio-terapie într-un ansamblu armonios de acțiuni recuperatorii cu conținut similar sarcinilor de muncă, cum ar fi ergoterapia, meloterapia, artterapia etc.

Deoarece aceste activități se desfășoară mai ales în grup (grup care are valențe sanogenetice de a induce sănătatea), prin acestea se realizează extinderea sferei de relații interumane și de interacțiune în grup, ceea ce constituie un deziderat menit să confere beneficiarului echilibru, sentiment de independență și libertate de acțiune, capacitate de inițiativă. Aceasta presupune drept cerință diminuarea ponderii terapeut-pacient, a caracterului ei uneori autoritar și amplificarea rolului grupului.

Unii autori contemporani încearcă să clasifice mai analitic domeniile de acțiune ale terapiei ocupaționale, contribuind în acest fel la eliminarea unor confuzii și neclarități, care persistă într-o știință aflată în proces de formare, oferind în același timp un ghid de acțiune pentru specialiști.

Din rândul acestora se remarcă Peggy L. Denton (6) care propune într-o lucrare recentă o clasificare detaliată asupra principalelor arii de acțiune în terapia ocupațională. În

opinia autoarei, acțiunea terapeuților ocupaționali se exercită în următoarele direcții de bază (6):

- stimularea responsabilității în diverse situații de viață;
- formarea deprinderilor de autoîngrijire și igienă personală;
- cultivarea deprinderilor de muncă;
- organizarea de jocuri și distracții;
- formarea imaginii de sine și stimularea încrederii în propria persoană;
- cultivarea autocontrolului și expresivității personale;
- educarea capacităților cognitive;
- educarea capacității de reacție la diverse situații de viață;
- antrenarea funcției neuromusculare;
- antrenarea integrării senzoriale;
- sprijinirea relațiilor interpersonale;
- educarea capacității de acțiune, în funcție de constrângerile și resursele de mediu.

Rezumând elementele prezentate anterior, putem spune că în **activitatea de terapie ocupațională se acționează pe trei mari domenii generale**, care includ altele particulare și anume:

- **formarea deprinderilor de viață cotidiană;**
- **cultivarea capacităților și aptitudinilor pentru muncă;**
- **educarea abilităților pentru diverse jocuri și petrecerea timpului liber.**

Pentru atingerea unui nivel funcțional optim în domeniile respective, este necesară educarea subiecților în direcția obținerii unor rezultate performante specifice într-o serie de structuri ale personalității, și anume: senzoriomotorii, cognitive și psihosociale.

Deficitele determinate de diverse boli, dizabilități sau întârzierile în dezvoltare necesită intervenția prin metodele terapiei ocupaționale în vederea restabilirii nivelului maxim de funcționare a personalității.

Adâncind paradigma explicativă sugerată de Clark (3) în teoriile contemporane ale terapiei ocupaționale, rezultă faptul că procesul adaptării prin utilizarea activităților voluntare (ocupațiile), este indispensabil dezvoltării umane. Aceasta deoarece, atât ocupația înțeleasă ca activitate practică voluntară, cât și dezvoltarea umană, care include procesul adaptării individului, reprezintă elementele comune ale acțiunii tuturor specialiștilor din domeniu, indiferent de tipul de instituție în care-și desfășoară activitatea.

Numeroase discuții au fost duse în legătură cu delimitarea ramurilor de studiu care compun domeniul terapiei ocupaționale și a distincțiilor dintre ele.

Emil Verza arată că „terapiile ocupaționale sunt de mai multe feluri dar pentru handicapați cele mai semnificative se referă la ludoterapie, muzicoterapie, terapia prin dans și ergoterapia”. (21)

Al. Popescu arată, în acest sens că „terapia ocupațională propriu-zisă cuprinde art, play, meloterapia, biblioterapia, terapia recreațională, cultura fizică medicală, ocupațiile ușoare, ca lutterapia (diverse procedee de modelare a lutului), brodatul etc. ce implică afectivitatea, simțul estetic, beneficiul economic (în secundar)”. (14)

Același autor face o distincție între ergoterapie și alte activități de muncă, efectuate de subiecți. El definește sintetic ergoterapia ca fiind „terapia prin muncă remunerată și asigurată, pe cât posibil, pe bază de autofinanțare”.(14)

Considerăm utilă, mai ales din punct de vedere didactic, enumerarea făcută de autor cu privire la domeniile de acțiune ce se subsumează terapiei ocupaționale. Trebuie să menționăm însă că activitatea remunerată poate fi valabilă eventual în spitale, dar în unitățile de învățământ, considerăm justă denumirea de ergoterapie dată activităților de muncă efectuate de elevi, chiar dacă acestea nu sunt recompensate material. Deci în învățământ, cu toată lipsa de cointeresare materială a elevilor, se face ergoterapie, care la nivelul școlilor profesionale este bine să se organizeze într-un sistem cu recompense materiale, pentru a putea pregăti elevul cât mai bine, în vederea integrării profesionale ulterioare.

Întregul ansamblu al domeniilor subsumate terapiei ocupaționale, care includ, la rândul lor, metode și procedee specifice, contribuie, în final, la realizarea unor obiective comune, care se referă la recuperarea, adaptarea și integrarea profesională a bolnavilor și persoanelor handicapate.

Importanța domeniilor de terapie ocupațională poate fi diferită într-un moment sau altul al procesului recuperator, în funcție de obiectivele urmărite de terapeut și de caracteristicile subiectului.

Funcțiile terapiei ocupaționale. Terapeutul ocupațional este preocupat, în principal, de următoarele aspecte fundamentale:

- să realizeze însușirea de către subiect a unei deprinderi pierdute sau cu un nivel redus de funcționare;
- să contribuie la învățarea de noi deprinderi și abilități menite să le compenseze pe cele care au dispărut din diverse motive.

În trecut, terapeuții ocupaționali s-au ocupat, în special, de persoanele cu deficiențe fizice.

În prezent, gama subiecților deserviți de terapeuții ocupaționali s-a lărgit și diversificat. De aceea activitățile de terapie ocupațională se adresează, în momentul de față, unor persoane cu retard mintal, cu dificultăți de învățare sau tulburări emoționale, persoanelor cu deficiențe auditive, de văz, cât și celor cu boli mintale.

În țările dezvoltate există puține persoane care au avut probleme de natură fizică, psihică sau emoțională și care n-au beneficiat, în cadrul tratamentului, de intervenție din domeniul terapiei ocupaționale. Treptat, aceste experiențe capătă abordarea cuvenită și în țara noastră.

În concluzie, putem spune că, „terapia ocupațională organizează servicii pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială. (Council on Standards -1972).

1.2. Evoluția istorică a terapiei ocupaționale

Istoria acestei discipline începe cu mii de ani în urmă și este confundă cu istoria diverselor forme de ocupații cu valențe terapeutice din cadrul dezvoltării omenirii. Astfel, munca, exercițiul preponderent fizic, jocul au fost folosite cu câteva mii de ani în urmă pentru calitățile lor curative.

Spre exemplu, încă din anul 2600 î.e.n chinezii credeau că bolile se datorează incapacității organismului și de aceea recomandau practicarea exercițiilor fizice pentru

recuperarea sănătății. Ei utilizau anumite exerciții fizice, de gimnastică medicală, numită Cong-Fu, care asigurau prelungirea vieții și determinau, în același timp, nemurirea sufletului.

Mai târziu, în Grecia Antică, calitățile exercițiului fizic au fost exemplificate convingător datorită contribuției lui Socrate și Platon. Acești înțelepți ai antichității au pus în evidență relația strânsă dintre starea fizică și sănătatea mentală. Aristotel, la rândul său, afirma că educația corpului trebuie să-o precedă pe cea a intelectului. În general, foloseau exercițiul fizic în reuniuni cu caracter social și cultural, iar spartanii pentru pregătirea militară.

Medici, precum Hipocrate și Galenus, recomandau pacienților lor gimnastică aceasta ca o formă de recuperare după boală. De asemenea în Roma Antică, Asclepius pleda pentru masaj, băi și exerciții în scopul îmbunătățirii sănătății.

Jocul, altă activitate voluntară importantă, reprezintă o altă preocupare a popoarelor primitive, fapt dovedit de desenele și sculpturile provenite de la babilonieni, chinezi, egipteni, ș.a.m.d. Spre exemplu inscripțiile egiptene în piatră înfățișează scene de dansuri și jocuri practicate de copii și adulți, în cadrul sărbătorilor și festivităților.

Atât egiptenii cât și grecii, în perioada dinaintea erei noastre descriau petrecerea timpului liber, cât și jocul ca pe mijloace de tratare a unor afecțiuni.

Aurelius recomanda un program de recuperare variat pentru convalescenți, care includea plimbări, lectură, aruncarea discului, practicarea actoriei, mergând chiar până la participarea la călătorii pe mare, toate acestea ajutând și grăbind, în final, vindecarea celor aflați în suferință.

Putem observa că savantul respectiv a prevestit, cu mult timp în urmă, domeniile de acțiune și totodată ramurile de bază ale acestei științe, și anume artterapia, ergoterapia și petrecerea timpului liber.

În Evul Mediu jocul a fost interzis de către biserică, care îi atribuia un anumit caracter demonic, pentru ca, mai târziu, în perioada Renașterii, valențele sale curative să fie reconsiderate.

Cu privire la muncă și importanța sa, amintim faptul că, în Egipt, spre exemplu, chiar și nobilii erau antrenați în activități productive, cum ar fi grădinăritul, iar vechii greci recunoșteau valoarea muncii pentru dezvoltarea fizică armonioasă. Socrate spunea că „omul trebuie să se îndemne la muncă voluntară și nu să se scufunde în răsfaț și plăceri, de vreme ce ele nu aduc nici un beneficiu constituției fizice sau bagajului de cunoștințe”. (23)

Mult mai târziu, în secolele XVIII-XIX, Pinel a inaugurat tratamentul prin muncă (numit mai târziu ergoterapie), ca primă aplicație practică a terapiei ocupaționale. Metoda sa, introdusă în azilul pentru bolnavi psihici Bicetre, a fost mai târziu descrisă într-o carte din anul 1801, ca fiind o combinație de „exerciții fizice prescrise și ocupații manuale”. (13)

În aceeași lucrare, savantul francez, consideră că reîntoarcerea pacienților săi la profesiile avute anterior bolii reprezintă proba cea mai bună a recuperării lor.

În Germania, Christian Reil recomanda și el tratamentul prin muncă al bolnavilor psihici, combinat cu participarea acestora la creații artistice.

În secolul următor, Sâmul Tuke, în Anglia, în cadrul azilului pentru bolnavi psihici din York a continuat activitatea predecesorilor săi Pinel și Reil, acordând ergoterapiei un rol esențial în tratarea bolnavilor psihici recuperabili.

În 1840 apare cartea lui F. Leuret (23) intitulată „Despre tratamentul moral al bolilor psihice”, în care exalta virtuțile terapiei ocupaționale sub toate aspectele sale, considerând că „exercițiul, drama, muzica și lectura sunt surori ale muncii manuale”, ale căror efecte se cumulează la pacient.

În S.U.A., Thomas Story Kirkbride (23) a elaborat, la Spitalul din Pennsylvania, un program de tratare a pacienților pe baza unor procedee specifice terapiei ocupaționale, în care erau folosite meșteșuguri, activități de autogospodărirea spitalului, până la activități distractive.

În general, în secolele XVIII-XIX, medicii, cu predilecție cei cu preocupări din domeniul psihiatriei, au fost specialiștii care au aplicat în activitatea lor metode și procedee specifice terapiei ocupaționale, destinate tratării diverselor categorii de bolnavi psihici.

Foarte puțini autori s-au dedicat studierii și tratării persoanelor handicapate cu metode specifice acestei discipline.

Începând cu secolul nostru, terapia ocupațională se dezvoltă spectaculos grație progreselor substanțiale ale cunoașterii umane și se constituie, în final, într-o știință, clar delimitată, cu teorii, obiective, metode și procedee specifice.

Contribuția substanțială la procesul de transformare a terapiei ocupaționale în știință au adus-o în mod deosebit, specialiștii din SUA și din țările Europei de Vest.

În SUA, fondatori ai acestei științe sunt considerați A. Mayer, E. Tracy, H. J. Hali, W. R. Dunton, E. C. Slagle și G. E. Barton.

A. Mayer afirma că, „petrecerea timpului în mod corespunzător, prin activități utile și care determină recompensarea pacientului, pare a fi un aspect fundamental al tratamentului pacientului neuropsihic”. (23)

S. E. Tracy, în manualul său „*Studiu asupra ocupațiilor invalizilor*” descrie metode de învățare a unor activități speciale pentru ameliorarea unor maladii diverse, practicabile într-o varietate de situații de desfășurare a procesului terapeutic (acasă, în atelier, spitale etc.). (23)

H. J. Hali, în lucrarea sa „*Lucrul cu propriile noastre mâini*” scrie că „îmbinarea preocupărilor mentale cu activitatea manuală reprezintă un factor puternic de menținere a sănătății fizice, mentale și morale, atât pentru individ, cât și pentru comunitate”. (8) El diviza ocupațiile în două categorii:

- ocupații pentru amuzament sau distracții;
- ocupații de remediere, cu valoare terapeutică și economică.

W. R. Dunton, nuancează și aprofundează conceptul de activitate practică în cadrul terapiei ocupaționale. Scopul principal al acesteia fiind „de a devia atenția pacienților de la subiecte neplăcute, de a păstra gândirea pacientului pe coordonate sănătoase, de a controla atenția, de a asigura odihna, de a educa procesele mentale, prin educarea mâinilor, ochilor, mușchilor, de a oferi o posibilă nouă vocație.” (23)

E. C. Slagle organizează în Chicago un curs de terapie ocupațională pentru personalul din spitale unde participanții învățau diverse jocuri, meșteșuguri și modalități de cultivare a aptitudinilor pacienților cu care lucrau. Acestea reprezentau adevărate „metode pentru a învăța pacienții așa cum profesorii îi învață pe copii în școală să-și folosească împreună mâinile și mintea.” (23)

G. E. Barton renunță la terminologia diversă sub care era prezentată activitatea practică de către predecesorii săi și introduce pentru prima oară, în 1914 conceptul de terapie ocupațională. El definește terapia ocupațională ca fiind „știința instruirii și încurajării omului bolnav de a practica anumite activități, ce sunt destinate stimulării acelor energii ce produc efecte terapeutice benefice.” (23)

Momentul transformării terapiei ocupaționale într-o profesie este legat de perioada de sfârșit a primului război mondial. Atunci s-a constatat că răniții internați în spitalele americane, care solicitau să presteze diverse activități, erau recuperați mult mai rapid comparativ cu cei care rămâneau inactivi. S-a demonstrat, în final, prin rezultatele eficiente

obținute în numeroase cazuri că activitatea grăbește refacerea fizică și psihică a organismului uman traumatizat.

Necesitatea organizării specialiștilor interesați de a oferi, ca tratament, activități practice tot mai diversificate, a determinat constituirea, în 1917, a „Societății Naționale pentru promovarea terapiei ocupaționale”.

Obiectivele specificate în statutul organizației vizau, în primul rând:

- dezvoltarea activității practice ca măsură terapeutică,
- studierea efectelor activității practice asupra ființei umane și
- popularizarea cunoștințelor științifice asupra acestui subiect.

În anul 1923 organizația s-a transformat în „Asociația Americană de Terapie Ocupațională”, nume pe care îl poartă și în prezent. Organizația nou creată a elaborat un set de reguli și principii, precum și o definiție generală a terapiei ocupaționale. Conform definiției adoptate terapia ocupațională este **„acea metodă de tratament prin mijloace de instruire și angajare a pacienților în activitățile productive.”** Această definiție este folosită și în prezent de majoritatea organizațiilor profesionale de terapie ocupațională din lume.

După primul război mondial, o contribuție importantă la clasificarea metodologică a principiilor fundamentale ale terapiei ocupaționale a adus-o BIRD BALDWIN. Specialistul american a arătat că, cel mai eficient tip de exercițiu recuperator în terapia ocupațională este acela care necesită o serie de mișcări voluntare specifice implicate în practicarea unor meserii obișnuite, în pregătirea fizică, joc sau în activitățile vieții cotidiene.

Tot pe linia clarificărilor teoretice determinate, în special, de progresele medicinei dintre primul și al doilea război mondial, trebuie amintite și contribuțiile științifice, deosebit de valoroase, ale lui Clare S. Spackman (23). Acesta arăta, într-o lucrare cu privire la funcția de bază a terapiei ocupaționale, că aceasta constă în tratarea pacientului în situații simulate de viață la domiciliu sau la locul de muncă.

Un alt moment important în dezvoltarea acestei științe, în plan mondial, a avut loc în anul 1952. Atunci s-a constituit „Federația Mondială de Terapie Ocupațională”, ai cărei membrii fondatori au fost, la început, specialiști din zece țări printre care enumerăm: SUA, Canada, Marea Britanie, Africa de Sud, Suedia, Australia, Noua Zeelandă și India. Întâlnirea de constituire a federației a avut loc la Liverpool și cu această ocazie a fost elaborat și statutul organizației.

Primul congres al federației a avut loc în 1954, la Edinburgh. La această întâlnire au participat 400 de reprezentanți din ceie zece țări membre fondatoare.

Acest eveniment științific deosebit a dat un nou impuls dezvoltării acestei discipline, printr-o strânsă cooperare internațională între specialiștii ce activau în domeniu. În 1959 federația a fost afiliată la OMS.

În anii din urmă, terapia ocupațională, grație progreselor medicinei, s-a transformat tot mai mult într-o știință exactă.

Serviciile oferite de terapia ocupațională în spitale, s-au diversificat și au luat o amploare deosebită. Ele au început să se adreseze nu numai handicapaților fizic, ci și altor categorii de handicapați și bolnavi psihic sau somatic. Pentru acești subiecți s-a pus accentul pe recuperarea lor profesională și socială și pe găsirea unor modalități adecvate de petrecere a timpului liber.

În zilele noastre, profesia de terapeut ocupațional a evoluat grație tehnicilor din ce în ce mai sofisticate și echipamentelor moderne folosite. În prezent a luat o amploare deosebită activitatea de cercetare cu privire la descoperirea și aplicarea unor noi metode și procedee de tratament.

În concluzie, evoluția concepțiilor legate de terapia ocupațională a suferit schimbări importante pe parcursul dezvoltării istorice a societății. În ciuda modificărilor intervenite, putem deosebi patru elemente comune care și-au păstrat actualitatea în permanență, implicit sau explicit în majoritatea teoriilor de care ne ocupăm. Acestea sunt, după Willard și Spackman, următoarele (23):

- utilizarea ocupației sau a activității voluntare poate influența starea de sănătate a individului;
- indivizii au capacitatea lor de adaptare și funcționare normală și trebuie priviți în relație cu mediul în care trăiesc, iar acțiunea terapeutică ce li se adresează trebuie să ia în considerație factorii sociali, psihologici și fizici;
- relațiile interpersonale reprezintă un factor important al procesului de terapie ocupațională;
- activitățile de terapie ocupațională constituie un sprijin pentru alte tipuri de acțiuni recuperatorii și trebuie desfășurate în cooperare cu alte categorii de specialiști, în echipe interdisciplinare, pentru a se putea asigura efectul maxim al unuia program complex de terapie.

Accentuând asupra îmbunătățirii calitative a existenței persoanei încă din cele mai vechi timpuri, terapia ocupațională a rămas, până în prezent, o „știință” și o „artă” fundamental implicată în recuperarea și adaptarea persoanelor aflate în dificultate, la societatea în care trăiesc.



Întrebări de recapitulare:

1. Analizați abordările conceptuale ale terapiei ocupaționale.
2. Descrieți diferențele/contradicțiile în înțelegerea și explicarea terapiei ocupaționale și ergoterapiei.
3. Argumentați importanța implicării profesionale a ergoterapeutului în depășirea riscurilor și satisfacerea necesităților personalității.
4. Gândiți-vă la o persoană cu probleme de sănătate mentală din comunitatea D-stră și explicați care nevoi fundamentale nu le sunt satisfăcute. Specificați posibilitățile de implicare profesională a terapeutului ocupațional în satisfacerea necesităților fundamentale a persoanei date.

Studiu individual:

1. Evidențiați posibilele greșeli care pot apărea în procesul de explicare a esenței terapiei ocupaționale.
2. Realizați un studiu de caz care să reflecte direcțiile de bază în acțiunea terapeuților ocupaționali și funcțiile exercitate de aceștia.



Tema 1. Terapie ocupațională și conotațiile științifice ale ei

2.1. Bazele filosofice ale practicării terapiei ocupaționale

2.2. Competențele profesionale ale terapeuților ocupaționali

Obiective:

- Să înțeleagă, să explice și să diferențieze conceptele: boala, deficitul, deficiența, dizabilitatea, handicapul persoanei.
- Să cunoască valorile și competențele de bază ale terapeutului ocupațional;
- Să explice esența activităților de natură ocupațională.

Concepte cheie: valori ale terapiei ocupaționale, boală, deficit, deficiență, handicapul persoanei, competențele de bază ale terapeutului ocupațional, muncă, joc, activități de viață cotidiană

2.1. Bazele filosofice ale practicării terapiei ocupaționale

Înțelegerea bazei filosofice a unei profesii este importantă deoarece ea reprezintă un set de valori, adevăruri și principii care ghidează acțiunile celui care practică profesia respectivă și ajută la definirea naturii și existenței profesiei.

În studiul filosofiei în general și ale bazei filosofice a unei profesii în particular este necesar să se țină cont de următoarele componente:

- 1) componenta metafizică care se referă la natura omului;
- 2) componenta epistemologică care cercetează critic natura și componentele metodelor de validitate a cunoștințelor umane.

În aceste componente ne punem întrebări despre cum cunoaștem lucrurile și despre cum ne dăm seama de cele ce cunoaștem.

- 3) componenta axiologică care se referă la studiul valorilor, în cadrul căreia ne întrebăm ce este frumos sau dezirabil. În cadrul componentei axiologice intră și etica care se referă la standardele sau regulile unui comportament corect.

La baza filosofiei terapiei ocupaționale stă teoria care susține că omul este o ființă activă a cărei dezvoltare e influențată de activitățile practice în care se implică –activitate determinată de o motivație care-i influențează capacitatea fizică și psihică a individului și mediului social. Viața omului e un proces de adaptare continuă, adaptare ce susține supraviețuirea și actualizarea de sine.

Factorii biologici, psihologici și de mediu pot întrerupe în orice moment al ciclului vieții procesul de adaptare determinând dizabilități sau defecte ale capacității de integrare socială și profesională a individului.

Terapia ocupațională se bazează pe ideea că activitatea practică care include în componentele sale și relația cu mediul, și relațiile interpersonale poate fi folosită pentru a preveni sau remedia aceste disfuncții facilitând adaptarea maximă.

Cea mai mare parte a sistemului de asistență medicală s-a dezvoltat printr-o abordare simplificatoare a individului, ființa umană fiind privită ca un ansamblu de părți funcționale.

Pornind de la această idee s-au dezvoltat specialități cu o rază mică de acțiune concentrată asupra problemelor specifice.

Această abordare a fost benefică pentru producerea medicației necesare diverselor specialități și pentru dezvoltarea tehnologiei a aparatului. În ultimul timp însă medicina s-a orientat spre omul privit holistic (în ansamblu) susținând că persoana umană reprezintă un întreg, o interacțiune de elemente fizice, psihologice, socioculturale și de mediu, din care fiecare element sau subsistem participă la activitatea armonioasă a acesteia.

Din această perspectivă terapia ocupațională are la bază ideea, că ocupația reprezintă elementul hotărâtor pentru existența ființei umane. Din perspectiva terapiei ocupaționale, ocupația se referă și la lucruri obișnuite, ordinare și familiare pe care oamenii le realizează în fiecare zi.

Ocupația umană a fost clasificată de către teoreticienii terapiei ocupaționale în mai multe grupe care cuprind: *grija față de sine, munca, joaca și timpul liber*. Deci, persoana poate fi ocupată cu sarcini legate de propria persoană, de locul de muncă, de grija față de familia sa, iar în alte momente implicarea ocupațională poate avea în vedere activități pe care individul le consideră plăcute sau relaxante.

Pentru a putea înțelege domeniul terapiei ocupaționale este necesar un alt model decât cel medical. Acest model susține ideea că doar prin activitate, printr-o interacțiune activă cu mediul înconjurător omul devine ceea ce este.

Există 2 premise majore care stau la baza modelului de terapie ocupațională:

- indivizii sunt sisteme deschise care influențează și sunt influențate de mediul în care trăiesc;
- mintea și corpul sunt strâns legate și nu pot fi privite ca entități separate.

Pornind de la aceste 2 condiții, modelul ocupării umane sigură structura pentru a înțelege interacțiunea unei persoane cu mediul înconjurător prin activitatea sau comportamentul ocupațional.

Dimensiuni:

- execuția unei operații presupune intervenție senzorială, cognitivă, afectivă;
- dimensiunile psihologice care includ nevoia intrinsecă a individului pentru desăvârșirea sa, pentru competența sa și pentru cunoașterea de sine;
- dimensiunea socio-culturală și simbolică a actului;
- dimensiunea spirituală legată de semnificația ocupației pentru individ;
- dimensiunile temporale ale ocupației care se referă la timpul sau perioada de timp necesară recuperării.

Terapia ocupațională, fiind o activitate cu scop bine definit, implicarea persoanei în astfel de acțiuni presupune coordonarea între sistemele senzoriale, motorii, cognitive și psiho-sociale ale individului.

În terapia ocupațională activitatea practică este folosită pentru a dezvolta abilitățile de adaptare. Prin ea individul dobândește autoritate mediului înconjurător, fapt ce contribuie la dezvoltarea sentimentului de competență. Prin competență crește capacitatea de a face față problemelor existențiale, de a-și îndeplini rolul social prin contactul direct cu factorul uman și cu mediul.

Prin interacțiunea cu acești factori individul ajunge să-și cunoască potențialul și limitele sale, cât și cele ale mediului în care trăiește. Practicienii de terapie ocupațională folosesc activitatea practică ca metodă de a ajuta clientul să învețe o nouă înțelepciune de a-și regăsi o aptitudine pierdută, de a compensa o incapacitate și de a preveni o disfuncție.

Scopurile terapiei ocupaționale sunt de a învăța și cultiva independențe individuale, de a căuta căi pentru client ca să-și recâștige sau să-și regăsească capacitatea de a funcționa independent depinzând cât mai puțin de asistența oferită de alții.

Terapia ocupațională caută să dezvolte calitatea vieții, a oricărei persoane ale cărei abilități funcționale sunt limitate. Acest obiectiv fiind atins printr-o independență mai mare în oricare domeniu de comportament ocupațional. Terapia ocupațională ajută clientul să-și îmbunătățească coordonarea corpului pentru toate activitățile asigurându-i prin acestea sentimentul de confort fizic și dezvoltându-i sociabilitatea.

Regulile unui comportament corect al practicianului de terapie ocupațională pornesc de la concepția umanistă că individul trebuie tratat ca persoană, ca om, nu ca obiect. Prin prisma acestor concepții umaniste valorile și competențele de bază ale terapeutului ocupațional se bazează pe următoarele concepte:

1. **altruismul** - care în acest caz înseamnă grija neegoistă pentru binele celuilalt demonstrată prin devotamentul practicianului de terapie ocupațională față de profesie prin responsabilitate și înțelegerea acestuia.
2. **egalitatea** - care înseamnă tratarea tuturor clienților egal cu o atitudine dreaptă și imparțială respectând credințele, valorile și stilul de viață ale fiecărui individ în decursul interacțiunii lor zilnice cu practicianul de terapie ocupațională.

3. **libertatea** - se referă la dreptul pacientului de a alege din ceea ce i se oferă la terapia ocupațională, de a da dovadă de independență și inițiativă. Libertate se exprimă prin faptul că practicianul de terapie ocupațională își îndrumă clienții, asigurându-le sprijin și încurajare și dându-le posibilitatea să-și dezvolte potențialul restant. Îndrumarea și încurajarea trebuie să fie mai frecvente decât controlul și dirijarea de către practician.
4. **obiectivitatea** - care reprezintă condiția ca practicianul de terapie ocupațională să se supune legilor care guvernează practica respectivă și drepturile pacienților.
5. **demnitatea** - care trebuie respectată și care constă în accentuarea unicității fiecărui individ și de manifestă prin empatie (înțelegerea și rezonanța afectivă față de cel cu care discutăm) și respectul față de fiecare pacient indiferent de deficiența pe care o are.
6. **sinceritatea** - este valoare dovedită printr-un comportament responsabil al practicianului, onest și corect care susține propria competență profesională.
7. **prudența** - care este capacitatea de a da dovadă de raționament corect în indicarea unei terapii ocupaționale, grija față de clientul preluat și discreția.

În procesul de intervenție terapeutul ocupațional va ține cont de boala, deficitul, deficiența sau handicapul persoanei:

- **Boala** este un ansamblu de manifestări patologice la diverse nivele ale organismului determinate de diferite cauze, manifestări, ce reprezintă o alterare a stării de sănătate, sănătate înțeleasă ca echilibru organic, psihic și social. Boala înseamnă alterarea stării de sănătate având drept cauză modificarea mediului intern prin infecții, modificări metabolice, deficite enzimaticе sau de factori externi cum ar fi traumatisme, factori psihologici, stres, emoții puternice. Datorită bolii are loc o deviere de la funcționalitatea optimă normală, echilibrată a organismului cu implicații directe biologice cum ar fi febră, durere, dar și indirecte: sociale ce sunt resimțite ca disconfort personal sau ca afectând negativ viitorul statut de sănătate al pacientului. De aceea relația terapeut-pacient presupune înțelegerea acestuia ca individ uman în contextul său de relații, ceea ce face necesară intervenția pe lângă rezolvarea bolii în plan biologic și în reabilitarea psihosocială.

În bolile cronice elementul de perturbare a relației sociale și familiale uneori duce la subminarea personalității provocată prin declivare (scoatere) socială cum ar fi spitalizările de durată și prin modificarea ritmului de muncă prin concedii îndelungate de

viață, prin modificarea relațiilor interfamiliale, prin dependență față de diverse medicamente sau proceduri medicale, prin modificarea traiectoriei existențiale. De aceea alături de terapia biologică, chirurgicală, psihoterapie, practicianul de terapie ocupațională poate realiza în grupul de bolnavi o relație interumană marcată printr-o comunicare eficientă între terapeut și pacient și în cadrul grupurilor care să mobilizeze resursele individului și să le circumscrie în dorința de vindecare.

În bolile psihice care interesează întreaga ființă umană în complexitatea ei biologică, psihologică, anxiologică și socială intervenția practicianului de terapie ocupațională este de foarte mare importanță.

În bolile psihice condiția de libertate a individului bolnav este mult scăzută față de propria existență anterioară. Deci intervenția terapiei ocupaționale în aceste cazuri prin creșterea independenței și a abilităților de comunicare este majoră.

- **Defectul** în sensul larg al termenului are înțelesul de sechelă, de urmă marcând orice deficit senzorial, motor sau intelectual apărut după o afecțiune cerebrală, psihică sau afectivă. Deficitul care apare înăscut sau dobândit poate fi definitiv sau tranzitoriu; se poate manifesta la nivelul întregii personalități sau la nivelul subsistemelor ei (senzorial, motor, cognitiv sau afectiv). În bolile psihice deficitul este o noțiune care se referă mai mult la funcțiile intelectuale și poate fi evaluat cantitativ prin teste psihologice specifice ce pot releva nedezvoltarea psihică în oligofrenii, regresia intelectuală din demențe, deficite cognitive, amnezice sau de atenție.

- **Dizabilitatea** e incapacitatea pasageră sau durabilă limitată la o funcție instrumentală motorie, senzorială, adaptativă sau asocierea mai multor funcții instrumentale care influențează negativ viața subiectului aflat în condiții normale de existență și pe care acesta le poate compensa sau substitui în mod satisfăcător.

- O incapacitate mai accentuată și care nu poate fi compensată de subiect constituie un **handicap**. Terapia ocupațională are drept scop corectarea urmărilor bolii ce a determinat dizabilitatea sau handicapul, dezvoltarea deprinderilor adaptative pentru ca o persoană cu un grad de incapacitate să-și poată pună în valoare întregul potențial restant în vederea recuperării pacientului, atât pe plan familial, cât și profesional prin integrarea într-o activitate utilă la cel mai înalt nivel accesibil lui.

Metodele de terapie ocupațională în vederea măsurilor de recuperare prin diversitatea lor pot fi aplicate încă de la debutul bolii în cardiologie, reumatologie, ortopedie, psihiatrie în scopul conservării funcțiilor existente. Aceasta va face capabilă o

persoană cu un oarecare grad de incapacitate să-și folosească mai bine potențialul restant într-un context social cât mai aproape de normal.

2.2 Competențele profesionale ale terapeuților ocupaționali

Actualmente se impun noi standarde în pregătirea sistematică a specialiștilor care prestează servicii de terapie ocupațională, pornind de la spectrul larg al adresabilității subiecților (de la copii la vârstnici) și de la locul de desfășurare al activităților preconizate (de la spitale, școli, centre de zi până la cămine pentru bătrâni).




În majoritatea țărilor dezvoltate ale lumii au fost organizate, în zilele noastre, colegii de trei ani de studii pentru pregătirea în domeniul terapiei ocupaționale. Aceasta nu exclude, însă, faptul că în unele dintre aceste țări se organizează cursuri universitare, studii de masterat la nivel de studii aprofundate și studii de doctorat în acest domeniu de activitate.

În țara noastră, dezvoltarea terapiei ocupaționale se află încă într-o fază incipientă. S-au obținut totuși anumite progrese, grație activității unor organizații nonguvernamentale sau specialiști în recuperarea persoanelor cu afecțiuni locomotorii și/sau mintale.

De asemenea, terapia ocupațională tinde să-și ocupe locul binemeritat din planurile de învățământ ale educatorilor din învățământul special, asistenților sociali, psihologilor, lucrătorilor medicali, terapeuților. Această necesitate este condiționată de lipsa unor specialiști calificați pentru această activitate.

Locurile de muncă ale specialiștilor nominalizați sunt spitalele, clinicile specializate, centrele de zi, centrele de recuperare, programele de asistență la domiciliu, școlile speciale, întreprinderile private, centrele de tip „respiro” etc. Totodată ei pot activa în cabinete particulare, ca terapeuți, educatori sau consilieri. Clienții sunt implicați activ în procesul terapeutic, iar rezultatele terapiei ocupaționale sunt diverse, centrate pe client și măsurabile în termenii participării sau satisfacției derivate din participare.

În acest context, specialiștii ce prestează servicii de terapie ocupațională trebuie să dețină un șir de competențe, cunoștințe și atitudini care să răspundă imperativelor actuale ale acestui domeniu și, preponderent, următoarelor subdomenii:

-  cunoștințe teoretice în terapia ocupațională;
-  procesul terapiei ocupaționale și raționamentul profesional;
-  relații profesionale și parteneriate;

- + autonomia și contabilizarea profesională;
- + cercetarea și dezvoltarea științei în terapia ocupațională;
- + managementul și promovarea terapiei ocupaționale.

În continuare reflectăm detaliat competențele terapeutului ocupațional centrate pe calitatea serviciilor de terapie ocupațională:

A. Cunoștințe teoretice în terapia ocupațională

Terapeutul ocupațional **este capabil** :

- să explice conceptele teoretice ce fundamentează terapia ocupațională, în special natura ocupațională a ființei umane și performanțele sale ocupaționale ;
- să facă diferența între terapia ocupațională și ergoterapie și să poată explica ariile performanței ocupaționale, cum ar fi autoîngrijirea, productivitatea, joaca și timpul liber ;
- să explice relația dintre disfuncția ocupațională, performanță, sănătate și bunăstare ;
- să identifice funcțiile organismelor și factorii de mediu ce contribuie la performanța ocupațională ;
- să integreze și să aplice cunoștințele relevante din științele biologice și medicale, din științele umane, psihologice și sociale;
- să integreze și să aplice teoriile relevante asupra ocupației și științelor ocupaționale ;
- să sintetizeze cunoștințele complexe provenite din științele relevante și raportate la ocupație și participare ;
- să-i determine și să-i influențeze pe ceilalți cu privire la relația cu terapeutul ocupațional

B. Procesul terapiei ocupaționale și raționamentul profesional

Terapeutul ocupațional **este capabil** :

- Să permită persoanelor/grupurilor/organizațiilor/comunităților să se angajeze într-o ocupație prin promovarea sănătății, prevenției, reabilitării, tratamentului și antrenamentului/pregătirii.
- Să selecteze, să modifice și să aplice teoriile adecvate, modelele practice și metodele în vederea atingerii nevoilor ocupaționale și de sănătate a individului/grupului/organizațiilor/comunităților ;
- Să utilizeze în mod eficient raționamentul profesional prin intermediul procesului de terapie ocupațională ;
- Să utilizeze activitatea și analiza ocupațională, să sintetizeze corect și eficient ;
- Să aplice pașii adecvați ai procesului terapiei ocupaționale în strânsă colaborare cu individul/grupul/organizația/comunitatea, incluzând screening-ul, evaluarea, identificarea nevoilor, formulând obiective, planificând, implementând intervenții și evaluând rezultatele pentru a permite ocupațiile și participarea în alegerea făcută ;
- Să aplice și să adapteze procesul terapiei ocupaționale la dorința clientului, la scopul intervenției și la mediul în care se desfășoară ;
- Să descopere permanent, să evalueze critic și să aplice o cantitate de informații pentru a se asigura că practica se bazează pe evidența disponibilă cea mai bună ;
- Să aprecieze critic practica terapiei ocupaționale pentru a fi sigur că se concentrează pe ocupației și performanța ocupațională.

C. Relații profesionale și parteneriatul

Terapeutul ocupațional **este capabil** :

- să lucreze în concordanță cu principiile practicii centrate pe client și să promoveze asumarea de către client a rolului principal în intervenția terapeutică ;
- să comunice efectiv cu indivizii/grupurile/organizațiile/comunitățile folosindu-se de multitudinea abilităților și tehnicilor de comunicare ;
- Să stabilească parteneriate de colaborare cu membrii echipei, reprezentanți ai comunităților sau alte grupuri ;

- Să consulte și să consilieze parteneri relevanți, profesioniști în vederea favorizării ocupației și participării ;
- Să sprijine drepturile clientului pentru a favoriza nevoile sale ocupaționale ;
- Să aprecieze și să respecte credința, zestrea și variațiile culturale,
- Să identifice și să organizeze dinamica grupului și relațiile interpersonale din cadrul stresului la locul de muncă ;
- Să acționeze ca agent de schimbare în societate și mediu pentru a promova justiția ocupațională ;
- Să inițieze și să susțină discuții pertinente despre știința ocupațională și terapia ocupațională în mediul profesional, academic, public și politic.

D. Autonomia și contabilizarea profesională

Terapeutul ocupațional este **capabil** :

- Să mențină documentația terapiei ocupaționale cu privire la referințe, evaluări, intervenție și rezultate ;
- Să pregătească, să mențină, să revadă și să se ocupe de înregistrările audio în vederea susținerii serviciilor de terapie ocupațională ;
- Să satisfacă politicile și procedurile locale /regionale/naționale/ Europene, standardele profesionale și regulile de angajare ;
- Să demonstreze continuitate în procesul învățării pentru a îmbunătăți practica terapiei ocupaționale ;
- Să aibă un rol activ în dezvoltarea personală și profesională a sa și a celorlalți ;
- Să dezbată complexitatea aplicării practice bazată pe evidența în contextul naturii schimbătoare a terapiei ocupaționale ;
- Să practice profesia în mod etic, cu respect față de clienți și luând în considerare codul de conduită profesională pentru terapeuții ocupaționali ;
- Să dovedească încredere în propriul său management, propria sa conștiință și cunoașterea propriilor sale limite.

E. Cercetarea și dezvoltarea științei în terapia ocupațională

Terapeutul ocupațional **este capabil** :

- Să identifice nevoia de cercetare pe problemele performanței ocupaționale, terapiei ocupaționale și/sau științei ocupaționale ;
- Să formuleze întrebări relevante pentru cercetare ;
- Să demonstreze abilități în cercetarea independentă, examinarea critică și integrarea literaturii științifice;
- Să înțeleagă, să selecteze și să apere planul corect și metodologia pentru cercetare;
- Să discute critic metodologia cercetării;
- Să interpreteze, analizeze, sintetizeze și să critice rezultatele cercetării ;
- Să utilizeze tehnologia informației în procesul cercetării, incluzând evaluarea informației și diseminarea;
- Să demonstreze inventivitate și evidență a implicării critice avansate în dezvoltarea metodelor și proceselor terapiei ocupaționale, informându-se din cercetarea contemporană și /sau teorie
- Să disemineze rezultatul cercetărilor responsabililor relevanți.

F. Managementul și promovarea terapiei ocupaționale

Terapeutul ocupațional **este capabil** :

- Să determine și să stabilească prioritățile serviciilor de terapie ocupațională în concordanță cu nevoile clientului ;
- Să identifice nevoile participării active în promovarea serviciilor de terapie ocupațională ;
- Să stabilească protocolul terapiei ocupaționale în cadrul unor servicii protocolare mai ample ;
- Să înțeleagă și să implementeze principiile bugetare în vederea asigurării unor costuri eficiente ale serviciilor de terapie ocupațională ;

- Să obțină și să mențină resursele materiale și echipamentul;
- Să preia supravegherea studenților la terapie ocupațională, asistenților, voluntarilor și altora ;
- Să se implice într-un proces continuu de evaluare și îmbunătățire a calității serviciilor de terapie ocupațională ;
- Să comunice rezultatele serviciului de evaluare, persoanelor relevante din domeniu ;
- Să exploreze piețele existente și să-și asume un rol activ în dezvoltarea ulterioară și îmbunătățirea serviciilor de terapie ocupațională ;
- Să înțeleagă și să aplice principiile managementului la serviciile de terapie ocupațională, fie lucrând independent și ca angajat ;
- Să identifice, să discute și să influențeze dezvoltarea îngrijirii sănătății sociale, a societății și legislației la nivel internațional, național și local ce influențează pregătirea serviciilor de terapie ocupațională.

2.3. Categoriile de activități de natură ocupațională

În cadrul terapiei ocupaționale s-a încercat definirea și clasificarea formelor de ocupații majore ale ființei umane. Majoritatea specialiștilor, atât din domeniul medical, cât și din cel educațional, consideră că principalele forme de ocupații ale ființei umane sunt: munca, jocul și activitățile de viață cotidiană.

a. Activitățile de muncă includ, în general, toate formele de activități productive, indiferent dacă sunt recompensate sau nu. Activitățile productive sunt cele care oferă bunuri sau servicii, cunoștințe sau idei, contribuind, în final, la progresul societății. Ele determină dezvoltarea personalității în ansamblul său. Activitățile de muncă, prin specificul lor, contribuie la structurarea statului și rolului persoanei, recunoscute din punct de vedere social. Acest fapt determină instalarea unui echilibru psihic care duce la creșterea încrederii în sine și contribuie, în final, la o autoestimare pozitivă cu efecte benefice asupra persoanei.

Munca cu ajutorul uneltelor ajută la dezvoltarea membrilor superioare și contribuie la progresul capacităților de coordonare individuale, determinând o bună integrare în mediul de viață.

Efectele pozitive ale activităților de muncă sunt vizibile, mai ales la handicapați. Recuperarea deficiențelor acestora este necesar să cuprindă activități de muncă și de profesionalizare, încă din fragedă copilărie, de pe băncile școlii, iar mai târziu, în cazul imposibilității integrării lor într-o profesiune, este necesar să fie menținuți în cadrul unor activități de ergoterapie. În general, fără activități de natură ocupațională, personalitatea umană, indiferent dacă este handicapată sau nu, regresează.

În prezent, în cadrul exploziei informaționale din domeniul științei și tehnicii, asistăm la apariția unor noi profesii, care solicită, la rândul lor, forme de ocupație variate. Cerințele față de muncă s-au schimbat și dezvoltat. În rezumat, specialiștii consideră că, perioada actuală, asistăm la însușirea de noi tipuri de ocupații care conduce la dezvoltarea unor personalități complexe, cu un nivel din ce în ce mai ridicat de dezvoltare a deprinderilor, aptitudinilor și capacităților implicate în adaptarea socială.

b. Utilizarea jocului, ca activitate organizată de terapie ocupațională, a fost subliniată de cercetările a numeroși specialiști psihologi, pedagogi și terapeuți ocupaționali.

Rolul important pe care-l deține jocul pentru dezvoltarea senzorială, motrică, cognitivă și socială a copilului este pus în evidență de lucrurile unor psihologi străini de renume, ca J.Piaget, J.Chateau, H.Wallon, și români ca Ursula Șchiopu și E.Verza.

Introducerea jocului, ca metodă, este cu atât mai importantă cu cât copiii cu deficiențe, în special cei instituționalizați, au mai puține posibilități de a se juca. „Jocul solitar își aduce doar o mică contribuție la dezvoltarea acestor copii și doar prin jocul de grup ei pot obține stimularea necesară pentru o dezvoltare optimă”.

Jocul, ca activitate, este constituit dintr-o gamă diversă de acțiuni și comportamente ludice specifice, care se desfășoară de la vârsta copilăriei până la bătrânețe. La vârsta copilăriei, comportamentele ludice au un caracter manipulativ, explorator și creativ. În adolescență, aceasta se transformă în sporturi, competiții, ritualuri și hobby-uri. La maturitate cresc în importanță comportamentele specifice jocurilor de societate. La bătrânețe, acestea se transformă în principala modalitate de comportament ocupațional al existenței. Practic, putem spune că jocurile reprezintă principala activitate a copilului și revin în actualitate în formă schimbată în perioadele de regresie ale vieții. Prin funcțiile lor activitățile ludice dețin un rol esențial în socializarea persoanei, în vederea integrării ei optime în societate.

c. Activitățile de viața cotidiană cuprind o gamă largă de acțiuni. Acestea includ formarea de comportamente implicate în autoîngrijire, întreținerea locuinței, precum și folosirea serviciilor din comunitate.

Prin toate activitățile de acest gen se asigură, în fond, realizarea sarcinilor curente ale existenței, indispensabile supraviețuirii individului. Putem să ne reprezentăm comportamentele ocupaționale ca funcționând de-a lungul unei linii continue, care ne ajută să le diferențiem între ele.

Pe această axă, comportamentele ocupaționale se desfășoară în cupluri antagonice: serios-frivol, public – particular, productiv- nefolositor, formal – informal. La una din extremități se află comportamentele ludice, care sunt percepute frecvent ca fiind aparent frivole, nefolositoare, particulare și informale. La cealaltă extremitate se află comportamentele serioase, folositoare, publice și formale, reprezentate de muncă. Sarcinile traiului zilnic ale unei persoane se află situate între cele două extremități:

Schema continuității comportamentelor ocupaționale

JOC	-----	MUNCĂ
NESERIOS	-----	SERIOS
INFORMAL	-----	FORMAL
NEFOLOSITOR	-----	FOLOSITOR
PRIVAT	-----	PUBLIC

Ocupația, din punct de vedere al domeniului Terapiei Ocupaționale, poate fi analizată prin prisma a trei caracteristici fundamentale de natură:

- biologică,
- psihologică,
- socială.

Biologică – ocupația are un rol de bază în menținerea și dezvoltarea suportului biologic al fiecărui organism uman.

Dezvoltarea omului este posibilă datorită schimbărilor permanente ce au loc în structura biologică a organismului sau altfel spus, sistemul nervos și cel muscular se dezvoltă în urma stimulării sale permanente prin intermediul diverselor forme de activitate de copil, încă de la vârstele cele mai fragede. În această perioadă, organizarea indice, cu finalitate terapeutică, constituie modalitatea optimă de intervenție, specialistului. La vârsta adultă, se pune problema conservării funcțiilor biologice la nivel optim pe o perioadă cât mai lungă de timp. Longevitatea vârstnicilor este strâns legată de menținerea lor în diverse forme de activitate pentru petrecerea timpului liber excedentar.

Rezultatele a numeroase cercetări au acreditat ideea după care, între funcțiile biologice și cele psihice ale organismului, există o strânsă corelație. În cadrul uman, aceste funcții se influențează reciproc, sfârșind prin a se integra într-o manieră originală, în fiecare individ în parte.

Psihologică – influența ocupațiilor în plan psihologic este, un proces deosebit de complex, deoarece practic nu există activitatea care să nu determine schimbări în plan psihic.

Omul se construiește pe sine și schimbă mediul din care face parte prin activitatea voluntară dirijată. Schimbări în plan psihic sunt realizate, în principal, prin intermediul activităților ludice și a celor de muncă. Principalele deprinderi și ale copilului se construiesc prin intermediul jocului. Prin practicarea activităților ludice, copilul învață mai întâi să manipuleze obiectele înconjurătoare, își dezvoltă mișcările pentru ca, mai apoi, să-și însușească principale regulile unor activități și să înțeleagă noțiunile de statut și de rol social.

Pentru devenirea sa ulterioară, deosebit de importantă este antrenarea sa în jocuri cu reguli ce contribuie la disciplinarea sa și la înțelegerea semnificațiilor exacte ale unei activități desfășurate în comun. La aceasta am putea adăuga organizarea de jocuri dramatice, cu deosebită importanță în socializarea sa.

Este necesar ca terapeutul să sprijine copiii în organizarea unor jocuri cât mai variate și antrenante, care să trezească interesul acestora și să contribuie la creșterea coeziunii grupului din care fac parte. El trebuie să aibă permanent în vedere că prin joc se dezvoltă imaginația și creativitatea copilului datorită rezolvării problemelor curente, izvorâte din activitatea concretă pe care el o desfășoară. În sfârșit, tot prin organizarea de activități ludice, terapeutul poate contribui substanțial la redarea încrederii în forțele proprii ale copilului, la instaurarea unor sentimente tonice pentru activitate și la construirea unei imagini de sine pozitive.

Munca, la rândul ei, îi furnizează individului elementele esențiale ale propriei imagini și sentimentul respectului de sine, aflate în strânsă legătură cu poziția sa în ierarhia profesională. Sentimentele de satisfacție sau insatisfacție, apărute în urma desfășurării unei activități productive, reprezintă o condiție principală a echilibrului psihic. Succesul, în plan profesional și material obținut în concordanță cu modelele sociale existente, este un element esențial al evaluărilor realizate de psihiatria modernă. Insucces profesional constituie adesea o explicație convingătoare pentru instalarea, la un individ, a pierderii respectului de sine și a dezorientării. La aceasta se mai poate adăuga și tendința actuală de dezintegrare a ocupațiilor tradiționale și apariția unor noi pentru care individul este insuficient pregătit.

Dimensiunea socială a ocupației se referă, în principal, la impactul ocupațiilor asupra structurării deprinderilor și comportamentelor sociale ale individului. Această dimensiune a ocupației poate fi analizată, de asemenea prin prisma influențelor pe care le exercită activitățile ludice și munca asupra formării competenței sociale.

Jocul îndeplinește, printre altele, funcția de pregătire a copilului pentru viața adultă, în cadrul unei diversități de grupuri sociale (școlar, familial, de petrecere a timpului liber, ș.a.m.d.). Aceasta deoarece sistemul de valori, obiceiurile, tradițiile și modalitățile de interacțiune interpersonale, se reflectă în caracteristicile jocului unui copil, dintr-o cultură sau alta.

Activitățile ludice posedă funcția de creștere a capacității de adaptare socială a copilului. Jocurile adultului, ca cele de societate, familiare, mergând până la cele rituale, sunt esențiale pentru menținerea existenței sociale. Când jocurile încep să-și schimbe compoziția, acesta poate semnala că se apropie o schimbare culturală negativă. În acest sens, este semnificativ faptul că indivizii care se simt alienați social găsesc, deseori, vacanțele și sărbătorile intolerabile.

La rândul ei, munca constituie o activitate cu caracter eminent social. Varietatea profesiilor apărute, a condus la distribuția unor sarcini diferite pentru fiecare individ în parte. Distribuția este făcută conform cu vârsta, sexul, pregătirea, aptitudinile și poziția socială ocupată de fiecare persoană, drept consecință, adultul capătă, în urma exercitării profesiei, conștiința propriei valori și sentimentul de apartenență la un grup social și profesional.

Rolul terapeutului ocupațional, pe direcția sprijinirii și maturizării sociale a indivizilor, se poate exprima, fie prin implicarea în acțiuni sociale cât mai diversificate, fie

prin acordarea de asistență grupurilor sociale în vederea integrării unor persoane cu dificultăți de adaptare sociale.

Principalele caracteristici ale ocupației, (biologice, psihologice și sociale), trebuie să se regăsească în proiectarea planului terapeutic, în ansamblul său. În acest sens, este necesar să se aibă permanent în vedere următoarele aspecte esențiale:

- deoarece ocupația este deosebit de importantă pentru adaptarea la mediu, întreruperea sau absența ei reprezintă o amenințare pentru sănătatea persoanei;
- când diversele maladii, deficiențe sau condiții sociale defavorabile au afectat sănătatea biologică și psihică a individului, ocupația constituie un mijloc eficient de reorganizare comportamentală.

Este evident, în viața fiecărei persoane, faptul că întreruperea bruscă a unor forme ocupaționale, determină tulburări de natură biologică și psihică. Spre exemplu, încetarea unor activități de muncă fizică sau sportive, conduce la scăderea funcțiilor biologice, care în plan psihic poate genera manifestări caracteristice stresului, concretizate prin iritabilitate sau depresii. În aceste situații se recomandă ca, terapeutul se intervină prin organizarea altor categorii de activități de natură ocupațională, menite să le înlocuiască pe cele pierdute. În acest mod pot fi tratate cu succes disfuncțiile biologice și psihologice apărute.

În concluzie, specialiștii recomandă efectuarea unor studii aprofundate asupra caracteristicilor structurii și dinamicii ocupațiilor, asigurându-se în felul acesta, diversificarea formelor de terapie ocupațională utilizate pentru rezolvarea problemelor existențiale pentru toate categoriile de persoane.



Întrebări de recapitulare:

1. Elucidați fundamentele filosofice ale practicii terapiei ocupaționale.
2. Analizați competențele și valorile terapeuților ocupaționali. Specificați rolul mediilor academice în dezvoltarea competențelor profesionale.

3. Nominalizați categoriile de activități de natură ocupațională. Explicați esența lor și specificați posibilitățile terapeutice ale muncii, jocului, activităților de viață cotidiană.

Studiu individual:

1. Realizați observări asupra activității practice a terapeutului ocupațional. Specificați competențele sesizate.
2. Elaborați/analizați o fișă de post a unui terapeut ocupațional. Reflectați asupra valorilor, competențelor, atitudinilor solicitate de fișa nominalizată.

Tema 3. Procesul terapiei ocupaționale

- 3.1. Desfășurarea procesului de terapie ocupațională.
- 3.2. Procesul de terapie ocupațională și relațiile dintre elementele sale componente.
- 3.3. Evaluarea în terapie ocupațională.

Obiective:

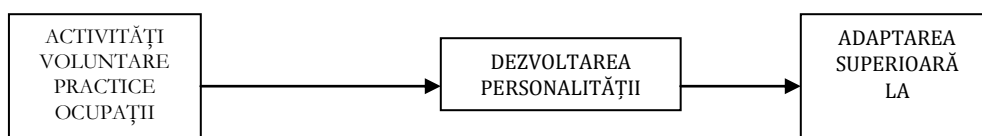
- Să explice modul de desfășurare a procesului de terapie ocupațională;
- Să cunoască și să aplice fazele planului terapeutic;

- Să elucideze relațiile dintre elementele componente ale procesului de terapie ocupațională;
- Să poată aplica metode și tehnici de evaluare utilizate în terapia ocupațională.

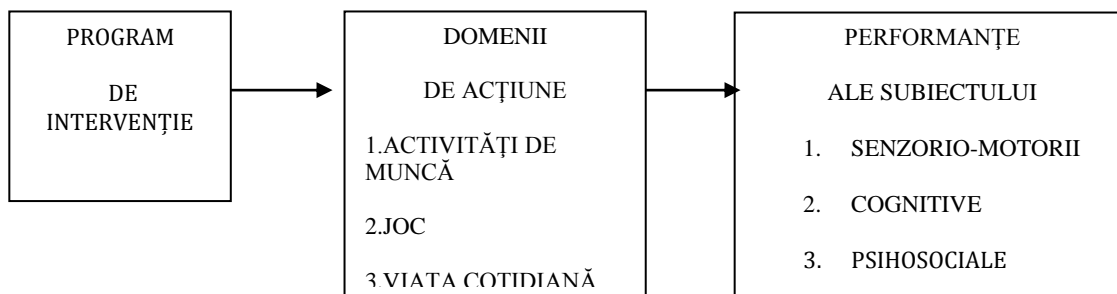
Concepte cheie: procesul terapiei ocupaționale, programe de intervenție, planul intervenției, obiective generale ale intervenției, fazele planului terapeutic, proceduri de evaluare în terapia ocupațională: culegerea bazei inițiale de date, interviul, observația, proceduri de evaluare standardizată

3.1. Desfășurarea procesului de terapie ocupațională

Ațiunea terapeutului se bazează pe concepția, după care activitățile practice, voluntare (ocupaționale) desfășurate de subiect, determină dezvoltarea personalității, fapt ce, în final, duce la o mai bună adaptare a sa la mediu.



Pentru realizarea acestui scop general terapeutul proiectează anumite programe de intervenție realizate prin intermediul unor activități de muncă, jocul și viața cotidiană, menite să provoace la subiect formarea sau creșterea performanțelor sale din sfera senzorio-motorie, cognitivă și psihosocială.



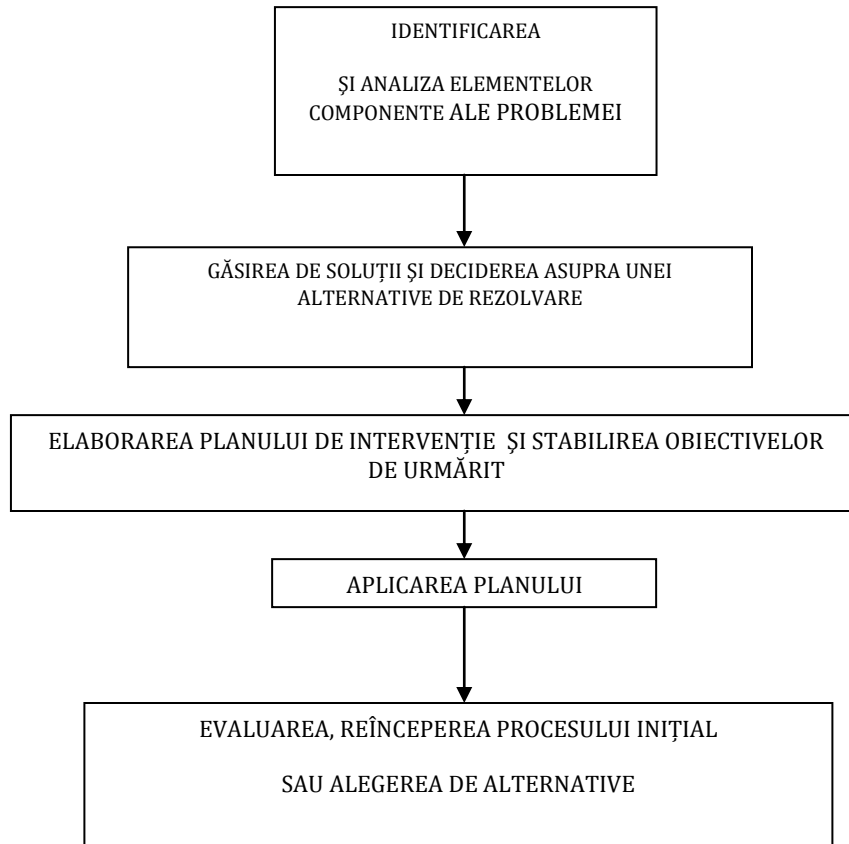
Intervenția, cu mijloacele specifice terapiei ocupaționale, urmărește următoarele obiective generale:

- dezvoltarea, menținerea și recuperarea nivelului de funcționare al fiecărei persoane, pe cât mai mult posibil;
- compensarea deficiențelor funcționale prin preluarea funcțiilor afectate de către componentele valide ale persoanei;
- prevenirea destructurării anumitor funcții ale organismului;
- inducerea unei stări de sănătate și încrederea în forțele proprii ale persoanei.

Un plan de intervenție, din domeniul terapiei ocupaționale la handicapați, trebuie să cuprindă, în detaliu, activități din cele trei domenii fundamentale de acțiune.

Planul intervenției constă în stabilirea unui act terapeutic din diverse domenii de acțiune ale terapiei ocupaționale, care trebuie să țină seama de nivelul educațional al subiectului, caracteristicile deficienței, statutul prezent, mediul cultural în care trăiește și motivația sa pentru schimbare.

Procesul de terapie ocupațională ca proces de rezolvare de probleme:



Această fază se poate divide, la rândul ei, în mai multe etape distincte:

- alegerea obiectivelor;
- elaborarea planului terapeutic;
- aplicarea planului în practică.

A) După încheierea evaluării, se presupune că terapeutul deține o imagine exactă asupra profilului de personalitate al subiectului său.

În stabilirea obiectivelor este bine să se țină seama de o serie de factori, ca de exemplu:

- nevoile și dorințele subiectului;
- cunoștințele legate de sistemul de valori al subiectului;
- informațiile existente referitoare la maladie sau handicap, cu consecințele lor pe plan fizic și psihic;
- scopurile și cadrul general al programului de recuperare, multidisciplinar, în care persoana urmează să fie integrată.

Obiectivele se pot clasifica, la rândul lor în:

- obiectivele pe termen lung
- obiective pe termen scurt.

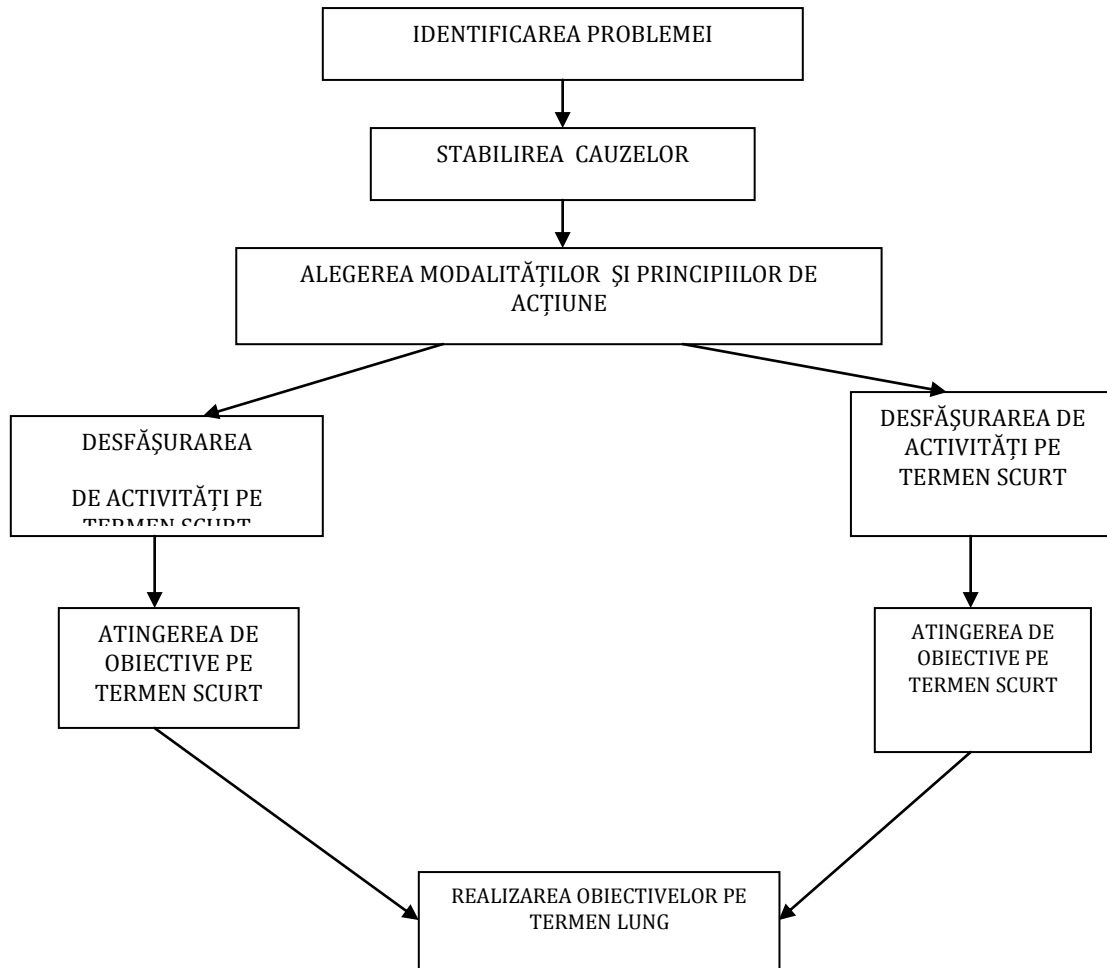
În general, obiectivele pe termen lung se aleg din sfera domeniilor fundamentale ale terapiei ocupaționale, iar cele pe termen scurt se stabilesc în funcție de activitățile cărora li se subsumează.

În sfârșit, este necesar ca la stabilirea obiectivelor generale să se realizeze consultarea unor specialiști din diverse domenii care, prin colaborare interdisciplinară să le transpună în practică. Putem vorbi aici despre o conlucrare, cu mijloace specifice, dintre terapeuții ocupaționali, educatori, profesori defectologi, profesori de cultură fizică medicală, medici, psihologi, asistenți sociali ș.a. Este util să fie consultat însuși subiectul și părinții acestuia, care pot acorda un sprijin eficient în continuarea exercițiilor la domiciliu.

B) Elaborarea planului terapeutic se referă la descrierea metodelor și procedeele care se folosesc pentru atingerea obiectivelor stabilite. El cuprinde sinteza activităților desemnate în vederea realizării unui nivel de performanță al abilităților și capacităților unei persoane.

Planul este necesar să fie stabilit în funcție de anumite obiective pe termen scurt, pentru a putea fi schimbat cu ușurință, în cazul în care o evaluare intermediară poate demonstra lipsa lui de viabilitate.

Diagrama generală a planului de terapie ocupațională:



În rezumat, principalele caracteristici ale unui plan terapeutic trebuie să fie flexibilitatea și mobilitatea, în funcție de progresele realizate de cel cărui i se adresează.

C) Aplicarea planului terapeutic constă în desfășurarea următoarelor faze distincte:

1. **faza orientării** – în care terapeutul explică subiectului activitatea care urmează s-o desfășoare împreună, tipul performanțelor dorite și descrise sau demonstrează modalitățile de realizare practică;
2. **faza dezvoltării** – în timpul căreia terapeutul conduce subiectul în explorarea și practicarea efectivă a activității alese;
3. **faza finală** – în care terapeutul evaluează performanțele obținute de subiect și stabilește obiectivele viitoare.

Se recomandă ca procedurile de evaluare să se extindă la ultimele două faze, prezentate anterior, în vederea verificării permanente a relevanței obiectivelor prestabilite și a eficacității planului terapeutic, în ansamblul său. În prezent se preconizează, în acest sens, folosirea de plan care să poată fi aplicate la domiciliu sau în comunitatea unde persoana își duce existența. De aceea folosirea unor planuri adaptabile în funcție de contexte diferite, este deosebit de importantă, atât pentru persoana handicapată, cât și pentru terapeut.

Seleționarea și adaptarea echipamentului reclamă din partea terapeutului un efort substanțial de imaginație, în vederea proiectării unor mijloace și dispozitive adaptate nevoilor copilului.

Fiecare copil handicapat are nevoie de anumite cerințe speciale, care trebuie stabilite cu prioritate, înaintea adaptării sau construirii unui anumit echipament pentru acesta. Modificările realizate unui obiect folosit în activitatea de terapie, pot fi temporare sau permanente, în funcție de progresele realizate de copil. Specialiștii recomandă o mare varietate de echipamente ce se pot folosi în activitatea cu copiii handicapați fizic, senzorial sau mintal.

Este necesară seleționarea echipamentelor, în principal după nevoile subiectului, dar ținând seama de anumite caracteristici fizice ale materialului din care sunt confecționate, precum și de greutate, flexibilitate etc. În general, cu mici excepții, adaptările de mijloace și dispozitive pentru activitate, este bine să fie făcute cu materiale durabile la folosire îndelungată.

În cazul copiilor handicapați, Hopkins recomandă instruirea de dispozitive adaptate dacă se constată deficiențe în coordonarea mișcărilor sau a capacității de a apuca și a strânge. De aceea, spune autorul respectiv, unul din primele lucruri pe care terapeutul ocupațional trebuie să-l facă constă în analizarea mișcării solicitate de o sarcină sau de un grup de sarcini similare, comparativ cu performanțele care urmează a fi realizate de o

persoană. În acest fel, terapeutul va evalua limitele fizice ale copilului, indicând tipul de echipament adaptat, necesar.

În cazul copiilor cu dificultăți de coordonare a mișcărilor se recomandă, spre exemplu, înlocuirea nasturilor de la haine cu arici sau capse, iar în cazul pantofilor se pot folosi cataramă în locul clasicele șireturi.

Handicapații mintal, care prezintă o permanentă agitație psihomotorie, pot fi protejați cu ajutorul unor căști, pe parcursul activităților, spre a se evita accidentele ș.a.m.d.

Evaluarea programelor de terapie ocupațională este o acțiune indispensabilă în vederea măsurării eficienței intervenției procedurilor utilizate de terapeut.

Cele mai răspândite forme de evaluare sunt cele intermediare și finale.

Evaluările intermediare se folosesc pe parcursul aplicării planului terapeutic și constă în măsurarea rezultatelor obținute prin atingerea obiectivelor intermediare proiectate. Specialistul trebuie să se întrebe dacă realizarea obiectivelor respective prin activitățile proiectate, determină modificările scontate în performanțele copilului.

În cazul în care se constă, în procesul evaluării intermediare, ineficiența activităților și obiectivelor fixate, se recomandă schimbarea programului terapeutic inițial.

În succint, prin acest tip de evaluare se verifică:

- eficacitatea planului terapeutic;
- conturarea tipului de schimbări necesare planului;
- determinarea riguroasă a momentului încetării sale.

Evaluarea finală se referă la analiza rezultatelor procesului terapeutic ansamblul său. Prin această acțiune se pune în evidență succesul sau eșecul demersurilor realizate de specialist pentru a veni în sprijinul nevoilor unei persoane prin mijloace terapiei ocupaționale.

Procesul de recuperare prin terapii ocupaționale la persoanele handicapate este un proces continuu, care trebuie reluat în permanență la diferite vârste, în funcție de nevoile specifice individului, apărute în diverse etape ale existenței.

Este recomandabil ca procesul de terapie ocupațională adresat unei persoane handicapate, să se reia mereu în forme noi, prin folosirea unor metode și procedee cât mai variate.

3.2 Procesul de terapie ocupațională și relațiile dintre elementele componente

Specialiști sunt de acord că, indiferent de locul unde se exercită procesul de terapie ocupațională (TO), aceasta presupune, în desfășurarea sa, formarea unei relații dinamice între patru factori:

1. subiectul;
2. terapeutul;
3. activitatea;
4. mediul ei de desfășurare.

Subiectul este cel asupra căruia se orientează procesul de terapie ocupațională în scopul rezolvării problemelor sale de viață. Acțiunea de recuperare planificată de terapeut vizează, așa cum am mai arătat, refacerea deprinderilor și capacităților subiectului în vederea asigurării adaptării optime la mediul în care trăește.

Pentru aceasta este absolut necesar ca terapeutul să înțeleagă foarte bine problemele specifice ale individului, legate de caracteristicile proceselor psihice care determină un anumit specific al profilului său de personalitate.

O persoană este o sumă de subsisteme caracteristice de deprinderi, capacități și aptitudini senzoriale, motrice, cognitive, afective, sociale și culturale. Toate aceste caracteristici individuale enumerate, se găsesc într-un proces dinamic de continuă schimbare, în funcție de vârstă, tipul deficienței și condițiile de existență ale individului. În cadrul procesului de terapie ocupațională intervin și alte elemente importante, care influențează reacțiile subiectului, modificând caracteristicile performanțelor sale. Dintre acestea remarcăm problemele legate de stres și motivație pentru activitate.

Stresul este o caracteristică a timpurilor moderne și se datorește, în principal, schimbărilor rapide și permanente din societatea contemporană, care solicită omului un efort permanent și susținut de adaptare la mediu. El este prezent atât la persoanele normale cât și la handicapați.

La handicapării de intelect, în funcție de gravitatea handicapului, stresul poate atinge niveluri scăzute, deoarece aceștia nu conștientizează în suficientă măsură, dificultățile de integrare socială pe care le întâmpină. Situația este complet diferită la handicapării fizic și senzorial, care au capacitatea de a conștientiza cauzele dificultăților cu care se confruntă, în mod curent, în activitatea cotidiană. În proiectarea planului său de recuperare prin intermediul activităților ocupaționale, terapeutul trebuie să țină seamă de faptul că, în general, lucrează cu subiecți aflați sub stare de stres.

Stresul, din punctul de vedere al domeniului terapiei ocupaționale, a fost sugestiv definit de Coleman, ca fiind generat de „cererea de adaptare îndreptată către individ”. Același autor subliniază că stresul se poate manifesta atât la nivel fiziologic, cât și la nivel psihologic.

Indiferent de organizarea sa, stresului se traduce prin reacții în plan biologic, legate de modificări cerebrale ale circulației sanguine și tensiuni musculare și reacții psihologice reprezentate de apariția unor emoții puternice, care duc, în final, la instalarea unor comportamente dezorganizate și dezadaptate. Conform teoriei lui Coleman, nivelul stresului depinde de următorii factori:

- specificul cererii de adaptare;
- caracteristicile individului;
- tipul resurselor și suportului exterior, care sunt puse la dispoziția persoanei afectate.

Un factor stresant poate acționa asupra unei persoane singur sau în combinație cu alți factori stresanți. Coleman arată că, cu cât se prelungeste vederea și durata de acțiune a factorilor stresant, chiar la intensitate constantă, efectele sale asupra persoanei vor fi mai devastatoare. Un alt aspect de care trebuie să țină seama terapeutul, este acela că, în general, orice schimbare apărută în existența unui individ reprezintă un factor stresant, adeseori neconștientizat și nerecunoscut de acesta.

De aceea, se recomandă ca, în introducerea unor noi activități în procesul de recuperare, să se aibă permanent în vedere și acest lucru. Înlăturarea stresului determinat de o schimbare se poate face prin introducerea treptată, graduală a activităților planificate. De asemenea, terapeutul trebuie să aibă în vedere lărgirea ariei intervenției sale pe diverse planuri educaționale, familiare și reacționale. Numai prin organizarea de activități conjugate pe multiple planuri, se poate asigura combaterea eficientă a stresului.

Stimularea motivației pentru activitate reprezintă un element esențial în obținerea de rezultate profitabile în procesul de terapie ocupațională. Rolul terapeutului ocupațional constă în a trezi trebuințele unei persoane în vederea asigurării participării sale conștiente la activitățile de recuperare, prin desfășurarea unui comportament ocupațional adecvat.

În general, comportamentul indivizilor este stimulat prin satisfacerea trebuințelor imediate, de trezire a curiozității și de caracteristicile factorilor de mediu.

Factorii de mediu, la rândul lor, se pot divide în factori fizici și sociali. Din rândul factorilor fizici o influență activatoare asupra motivației unui individ o reprezintă noutatea și complexitatea mediului sub aspectul condițiilor materiale oferite, aspectul clădirilor, încăperilor special amenajate, mobilierului și caracteristicile aparaturii din dotare.

Factorii sociali se referă la relațiile interpersonale create în cadrul grupurilor de lucru, care pot fi, în principal, de cooperare sau de competiție. Astfel, spre exemplu, Mc.Clelland a studiat limita până la care un individ poate accepta competiția de un anumit nivel, numită de el „nevoie de autorializare”. El a grupat persoanele în două categorii extreme: 1. unele care preferă să nu se implice în situații de risc și care caută permanent situații de minimă competiție, și a 2. altele care acceptă riscul și competiția la nivel maxim.

Între aceste categorii se situează și una intermediară, formată din persoane care reprezintă combinații ale criteriilor de clasificare ale primelor două. Cele două caracteristici enunțate se stabilesc în perioada vârstelor timpurii. În viziunea acestei clasificări, considerăm că persoanele handicapate pot fi clasificate, cu mici excepții, în special în prima categorie și mai rar în cea de a doua.

Legată de teoria nevoii de autorializare, în terapia ocupațională a apărut teoria „dependenței de mediu” a personalității. Conform acestei teorii, oamenii posedă scheme individuale și integrate de comportament, care se pot clasifica, la rândul lor, pe două categorii principale:

- a) indivizi independenți de mediu ce nu se conformează, în general, normelor sociale și se comportă, în special după propriul sistem de valori;
- b) indivizi dependenți de mediu, care sunt motivați în a se conforma normelor sociale externe.

În general, se consideră, pe baza experimentelor psihologiei și pedagogiei, că elementele explicative ale motivației bazate pe teoriile autoanalizării, dependenței de

mediu și posibilității controlului sunt indicate pentru alegerea procedurilor de terapie ocupațională. Pentru analiza de finețe a motivației, trebuie să se aibă în vedere că, dinamica acesteia este influențată de capacitatea indivizilor de a prelucra informațiile din exterior și de experiențele anterioare, avute de aceștia în copilărie.

Anxietatea a fost definită ca fiind „o tulburare a afectivității, manifestată prin stări de neliniște, teamă și îngrijorare nemotivată, în absența unor cauze, care să le provoace”. Succint ea a mai fost definită „ca o teamă fără obiect”.

Anxietatea poate fi motivatoare pînă la un punct, dincolo de care poate deveni inhibitoare în activitate, determinând scăderea adaptării la situații noi, ceea ce duce, în final, la dezorganizarea mecanismelor de integrare în mediu. Spre deosebire de anxietate, *fobiile* „constitue o temă cu obiect, în cazul analizei noastre obiectul constituindu-l activitatea. Este vorba de o teamă manifestată de o persoană față de o anumită activitate sau față de orice activitate. Anxietatea și fobiile, adeseori, în cazul handicapatilor, tind să se transforme în trăsături permanente de personalitate, din cauza faptului că au o acțiune persistentă în timp.

Soluțiile care stau la îndemîna terapeutului ocupațional, pentru stimularea motivației subiectului și diminuarea efectelor negative ale factorilor enumerați, constă, în principal, în angajarea persoanelor în activități în care să obțină succese pentru a le reda încrederea în forțele proprii. De asemenea, pentru asigurarea unui optim motivațional pentru activitate, este important să se asigure cooperarea deplină a persoanei în cadrul procesului de recuperare. Creativitatea în folosirea lucrurilor în cadrul procesului recuperator, contribuie la instaurarea unui sentiment de încredere în forțele proprii și sprijină instaurarea unor relații interumane strânse. Adeseori, un individ investește într-un obiect multă pasiune și afectivitate, practic tot ce poate da el mai bun într-o activitate. De aceea, este recomandabil ca terapeutul să se folosească de atașamentul față de obiectele produse de individ, să-i respecte proprietatea asupra lor și chiar să le utilizeze în perspectivă, în cadrul activităților de recuperare.

În sfârșit, un ultim element prin care poate fi influențat subiectul, este **cultura**. Prin cultură înțelegem, sintetic, întregul ansamblu de tradiții, obiceiuri și valori dintr-o societate. Acestea își pun pecetea pe întregul ansamblu de sisteme sociale din societatea respectivă, din care de importanță maximă sunt familia și comunitate. Prin intermediul familiei și tipuri de comunități, sunt influențate comportamentele individului de la cele mai simple la cele mai complexe. Terapeutul, indiferent de tipul de instituție în care își desfășoară activitatea, este persoana care ajută un individ să-și rezolve propriile problemele legate de adaptare.

Empatia se definește ca fiind „capacitatea de înțelegere a cadrului de referință intern al persoanei, lumea ei obișnuită de trăiri și semnificații, precum și capacitatea de a exprima față de ea înțelegere, astfel încât, aceasta să fie primită și înțeleasă.

Dotat cu capacitate de cunoaștere amănunțită a propriilor posibilități și antrenat în folosirea sugestiei și empatiei, terapeutul poate începe construirea relației sale cu subiectul. În cadrul acestei relații interpersonale, deosebit de complexe, are loc un schimb permanent de influență între cei doi membrii principali, terapeutul și subiectul.

În cazul în care ne adresăm unui grup de persoane aflate în dificultate, este bine să acționăm în vederea strângerii relațiilor didactice(terapeut-subiect) și a creșterii coeziunii dintre membrii grupului (subiect-subiect). Consolidarea relației dintre terapeut și subiect se face, în special, pe baza afectivității, prin instaurarea unor sentimente trainice, bazate pe respect, înțelegere, atașament și încredere reciprocă.

Relația dintre terapeut și subiect se desfășoară, în practică, pe parcursul mai multor etape, analizate pe larg de Willard și Spackman. În esență, în concepția acestor autori, aceste etape sunt următoarele:

1. etapa afectivă, cu o durată îndelungată de timp, în care terapeutul stimulează încrederea pacientului și demonstrează înțelegere și optimism cu privire la șansele de ameliorare ale situației sale;
2. etapa reunirii faptelor și informațiilor cu privire la nevoile subiectului, ce urmează a fi rezolvate și stabilirea demersului educațional adecvat;
3. etapa de dezvoltare a planului de acțiune, în care cele două părți se înțeleg asupra modului de desfășurare a activităților și-și precizează cerințele una față de cealaltă;
4. etapa de aplicare a planului, în care terapeutul comunică subiectului care sunt așteptările sale față de el și trece la exersarea activităților proiectate;
5. etapa finală, când are loc despărțirea, care pune probleme specifice, în funcție de profunzimea relației dintre terapeut și subiect și performanțele obținute în activitate.

Elementele de care terapeutul trebuie să țină seamă în adoptarea unei decizii corecte, țin de specificul problemelor subiectului, vârsta cronologică, nivelul dezvoltării deprinderilor sale, nevoile și dorințele exprimate, caracteristicile mediului social de dezvoltare și posibilitățile instituției în care se desfășoară recuperarea. De asemenea, trebuie ținut seama ca activitățile selectate să se subsumeze obiectivelor

generale ale planului terapeutic și să se coreleze între ele din punct de vedere al efectelor planificării, în vederea realizării unui scop comun.

În legătură cu alegerea celor mai potrivite activități pentru persoanele handicapate, cercetările efectuate pînă în prezent, au demonstrat că acestea sunt cele de muncă. Deci, așa cum am mai arătat, ergoterapia permite obținerea unor rezultate eficiente în compensarea și recuperarea deficiențelor, contribuind, în acest fel, la dezvoltarea și echilibrarea personalității lor dizarmonice.

Prin mediu înțelegem, succint, locul sau spațiul de desfășurare a procesului terapeutic. Mediul semnifică școlile, centrele de zi, spitalele, atelierile protejate și comunitățile în ansamblul lor. În terapia ocupațională modernă se consideră că, în alegerea mediului, specialistul trebuie să țină seamă de specificul subiecților, caracteristicile spațiului unde se desfășoară recuperarea, tipul metodelor și mijloacelor folosite, componența echipei de intervenție, structura procedurilor de evaluare, natura obiectivelor stabilite și caracteristicile planurilor de tratament în ansamblul lor.

3.4. Evaluarea în terapia ocupațională

Evaluarea e de mare importanță în procesul de terapie ocupațională, în cadrul ei impunându-se culegerea de informații corecte și reale ce se utilizează pentru identificarea nevoilor și a problemelor pacientului și pentru a putea planifica tratamentele necesare.

Procedurile de evaluare folosite în cadrul acestui proces de strângere și estimare a informațiilor referitoare la pacient pot fi clasificate în 4 procedee de bază:

- culegerea bazei inițiale de date;
- interviul;
- observația;
- proceduri de evaluare standardizată.

Sfera de practică a terapiei ocupaționale ce poate fi psihologică, neurologică pentru vârstnici, pentru copii își va pune amprenta asupra criteriilor de evaluare. Prin urmare, practicianul de terapie ocupațională va hotărâ ce proceduri specifice să folosească pornind de la date referitoare la vârsta pacientului; nivelul de dezvoltare psihică și fizică, educație, statut social și economic, mediu de cultură, capacități și abilități funcționale.

Procesul evaluării începe cu examinarea pacientului pentru a aprecia în primul rând încadrarea în procedurile de terapie ocupațională, deci necesitatea continuării evaluării și a terapiei ocupaționale.

Procesul continuă cu folosirea instrumentelor de evaluare selectate în raport cu datele reieșite din examinare. Pe parcursul acestei proceduri, practicianul de terapie ocupațională va colecta datele referitoare la statutul funcțional al individului, de componentele sale de performanță, de conjunctura în care-și desfășoară activitatea. Odată datele necesare culese, ele sunt canalizate pentru a crea o imagine de ansamblu a pacientului și de a le putea folosi apoi pentru a dezvolta strategii și planuri de tratament.

Baza inițială de date se referă la vârsta, sexul, motivul și necesitatea trimiterii clientului pentru a putea fi cuprins în terapia ocupațională, diagnosticul medical și antecedentele legate de acest diagnostic, situația materială anterioară îmbolnăvirii, condiții de viață (dacă e independent, instituționalizat, dacă are nevoie de supraveghere permanentă) va cuprinde relații despre mediul social, educațional, vocațional. Această bază de date trebuie să furnizeze informații despre precauțiunile ce trebuie luate în timpul procesului de terapie ocupațională. Toate aceste date sunt înregistrate în fișa practicianului de terapie ocupațională.

Interviul e promovat atât cu pacientul, cât și persoanele apropiate acestuia, el fiind o cale planificată și organizată de culegere de informații. Întrucât în centrul terapiei ocupaționale se află ocupația propriu-zisă a pacientului, cât și activitățile în care acesta se implică în cursul unei zile cu ocazia interviului se vor culege informații referitoare la ocupația acestuia. Pe lângă culegerea de informații, interviul e folosit pentru dezvoltare relațiilor de încredere și comunicare între practician și pacient. În unele cazuri interviul se face pe chestionare ce pun accent pe interesele și activitățile pacientului.

O altă tehnică folosită pentru a se adresa intereselor, activităților, hobby-urilor clientului e de a constitui grafic configurația activităților lui. Ca formulă i se solicită pacientului să schițeze modul în care-ți petrece fiecare zi în cadrul unei perioade determinate de timp.

Fiecare activitate e clasificată după funcția căreia îi servește: exemplu muncă, odihnă, sarcini casnice, sociale, educaționale stabilindu-se un punctaj în funcție de tipul activității și de gradul de performanță cu care e executată.

Din grafic, practicianul de terapie ocupațională poate să determine cum își petrece persoana respectivă ziua, în ce tipuri de activități e integrată și dacă duce o viață echilibrată. E recomandabil ca interviul să se țină într-o atmosferă ce conferă intimitate.

Interviul trebuie să fie relaxat, confortabil atât pentru practician, cât și pentru pacient, să nu cuprindă o serie rigidă de întrebări și răspunsuri.

Arta interviului constă într-o împletire de formal și informal între cele 2 persoane. Interviul are 3 stadii:

- contact inițial;
- culegere de informații;
- închiderea lui.

Practicianul de terapie ocupațională, cel care interviează va încerca din primele minute să creeze o atmosferă de apropiere față de subiect deoarece de cele mai multe ori pacientul e îngrijorat și nervos la prezentarea pentru interviu sau poate prin natura afecțiunii sale să se simtă incomod la perspectiva încadrării într-o terapie nouă și nefamiliară. E bine ca încă de la începutul interviului practicianul să familiarizeze pacientul cu particularitățile serviciului, cu programul acestuia și cu modalitățile de desfășurare a activităților de terapie ocupațională.

Interviul crează prima impresie a clientului despre ceea ce va urma și determină starea lui de confort psihic, pregătindu-l să devină un partener al practicianului de terapie ocupațională.

Culegerea informațiilor. După discuția inițială despre serviciul și modalitățile de desfășurare a procesului terapeutic, practicianul de terapie ocupațională deplasează centrul de atenție asupra problemelor bolnavului ghidând în așa fel discuția încât să obțină informațiile dorite într-un flux conversațional, într-o manieră cât mai naturală.

Practicianul de terapie ocupațională trebuie să direcționeze astfel discuția încât să se adreseze problemelor clientului. Dacă practicianul de terapie ocupațională e receptiv la răspunsurile bolnavului va putea decide cât timp va putea să insiste asupra unui subiect.

Practicianul de terapie ocupațională va trebui să ia notițe, dar pentru a nu alarma pe cel chestionat, pacientul va trebui informat asupra acestui lucru. Contactul vizual va fi continuu cu interlocutorul. Interviul va putea fi structurat după un plan bine determinat sau interviul nestructurat în care pot fi incluse răspunsurile pe măsura primirii lor.

Practicianul va putea avea teme standard, dar pot apărea și teme specifice în raport cu problematica pacientului interviuat ce ne vor ajuta în stabilirea schemei terapeutice.

Încheierea interviului se face în raport cu timpul disponibil al practicianului de terapie ocupațională având grijă să nu se piardă într-o conversație inutilă și fără detaliile necesare.

Practicianul de terapie ocupațională trebuie să dea un semn atunci când interviul se apropie de sfârșit care în nici un caz nu poate fi un final brusc, spunând că timpul a expirat.

Observația reprezintă un mod de culegere a datelor despre persoana sau mediul în care se trăiește prin simpla prezență a practicianului și remarcare a detaliilor. Observația poate fi structurată după o serie de pași introduși de practicianul de terapie ocupațională sau poate fi liberă, nestructurată intenționat. Chiar de la prima întâlnire a practicianului cu pacientul, acesta poate culege o serie de date și informații despre client, cum ar fi: postura, îmbrăcămintea, capacitățile sociale și de dialog, capacitățile cognitive, tonul vocii sau abilitățile fizice.

Practicianul de terapie ocupațională trebuie să aibă abilitatea de a vedea, asculta, de a alege din ansamblul datelor perceptivă și conceptuale pe cele care sunt relevante pentru procesul teoriei ocupaționale. Talentul de a observa nu e o aptitudine ce se dobândește, dar poate fi intensificată și poate deveni un talent printr-o muncă conștiincioasă și printr-un efort volițional. Concentrându-ne asupra observației putem deveni conștienți de existența unor detalii pe care altfel nu le-am observa. Cea mai bună metodă de observație e creșterea capacității de concentrație a atenției. Pentru dezvoltarea spiritului de observație e pregătirea anticipată a gândului pentru a culege informațiile necesare.

Observația structurată constă în a urmări clientul în timp ce execută o activitate determinată anterior pentru a vedea dacă persoana respectivă poate sau nu să determine activitatea respectivă (de exemplu să se bărbiească).

O altă metodă folosită în cadrul observației structurate e cea a *bateriilor de activitate*. Se utilizează la pacienții cu dificultăți psiho-sociale. Prin recurgerea la bateria de activități se urmărește atât rezultatul final al activității depuse, cât și modalitatea în care persoana răspunde la ordinul dat, modul în care abordează activitatea, precum și felul în care se raportează la cel ce aplică bateria (exemplu: solicităm pacientului să deseneze un desen simplu, neimpus, fără a fi direcționat ce trebuie să facă sau cerem să execute un desen impus după un model vizual; cerem să execute un desen impus după un model vizual; cerem să completeze un CEC dând informații și susținându-l pas cu pas).

Ce ne interesează:

1. Analizăm implicarea clientului în termenii și componenta activității (implicare senzorio-motorie, psihologică, psiho-socială, cognitivă și cognitiv-integrativă).
2. Evaluarea clientului în termenii expresiei generale în timpul desfășurării activității ce cuprind: aspect fizic, reacția la situația de test, răspunsul față de examinator, abordarea sarcinilor, calitatea producției, exprimarea verbală.
3. Prin aplicarea bateriei de teste putem culege informații referitoare la anumite calități specifice: atenția, independența, inteligența, capacitatea de a urma instrucțiunile verbale, scrise, cooperare, inițiativă, răspuns față de autoritate, capacitatea de a citi și a scrie, timiditatea sau agresivitatea, modul în care se îngrijește și implicarea activă/pasivă.

Procedurile de evaluare. Înainte de a începe tratamentul pe care trebuie să-l urmeze pacientul e necesară determinarea nivelului de performanță existent al pacientului utilizând proceduri de evaluare formală. Datorită specificității informațiilor căutate, procedurile de evaluare trebuie analizate critic în funcție de caz, de fiabilitate și validitate.

Un test aplicat are **validitate** doar atunci când a fost aplicat prin numeroase testări și pe diverse grupe de vârstă, pregătire educațională și uneori chiar ținând cont de localizarea geografică.

Fiabilitatea testului e măsura acurateții, cu care scorul obținut prin test reflectă performanța reală a pacientului. Gradul de încredere pe care practicianul îl poate avea într-un instrument se bazează pe validitatea și fiabilitatea acestuia.

Testele aplicate sunt însoțite de obicei de un protocol ce reprezintă procedeele de utilizare și administrare a testului, calcularea punctajului, iar uneori cuprinde și cuvântul cheie ce trebuie folosit în timpul administrării testului. Se face acest lucru pentru a înlătura cât e posibil factorul subiectiv legat de practicianul de terapie ocupațională.

Practicianul de terapie ocupațională folosește și teste nonstandardizate ce au un caracter mai mult subiectiv și se bazează pe abilitatea medicală, pe gândirea și experiența practicianului de terapie ocupațională. De exemplu procedura de evaluare prin testul de musculatură manuală, ce evaluează forța unui mușchi sau grup de mușchi sau teste ce evaluează abilitățile senzoriale (durerea, tactul, sensibilitatea termică, algică).

Administrarea oricărui instrument de testare, presupune ca practicianul să fie pregătit adevărat, să cunoască principiile de aplicare ale testului, să fie familiarizat cu procedurile și să cunoască modul corect de calculare a și integrare a punctajului. Unele teste presupun

antrenamente speciale. Datele obținute din evaluare sunt înscrise în documentarul referitor la pacientul respectiv.

Procesul de evaluare presupune mai multe moduri de abordare pentru a culege informațiile referitoare la client. Culegerea bazei de date inițiale implică studiul rapoartelor și al dosarului medical al pacientului, precum și culegerea informațiilor referitoare la diagnostic, trecutul din punct de vedere medical al pacientului, nivelul anterior de funcționare, precum și trecutul din punct de vedere social, educațional, profesional.

Interviul din cadrul terapiei reprezintă o îmbinare între culegerea formală a datelor și o abordare conversațională îndreptată spre stabilirea unui raport de încredere între cei doi. Capacitatea de a culege informațiile prin simpla observație reprezintă o aptitudine hotărâtoare a practicianului de terapie ocupațională. Prin concentrarea atenției asupra acestei capacități și prin realizarea unor eforturi conștiente pentru perfecționarea sa, această capacitate naturală devine un instrument valoros al terapiei. Perfecționarea acestei abilități reprezintă o responsabilitate a practicianului de terapie ocupațională. E de asemenea responsabilitatea practicianului de terapie ocupațională să înțeleagă principiile testării după ce se va ghida în selectarea și utilizarea instrumentelor de testare. E necesar ca practicianului de terapie ocupațională să se familiarizeze cu testele și să le exerseze printr-un autoantrenament înainte de a le administra clienților.



Întrebări de recapitulare:

1. Caracterizați modul de desfășurare a procesului de terapie ocupațională.
2. Argumentați relațiile dintre elementele componente ale procesului de terapie ocupațională
3. Elucidați semnificația evaluării în reușita terapiei ocupaționale.
4. Nominalizați instrumentele de evaluare aplicate în procesul terapiei ocupaționale. Enunțați exigențele metodologice de administrare a lor.

Studiu individual:

4. Elaborați modalități de consolidare a relației dintre terapeut și persoană.
5. Analizează etapele procesului de terapie ocupațională folosind resursele Internet-ului. Pentru documentare suplimentară accesează

.....

Tema 4. Rolul terapiei ocupaționale în reabilitarea psihosocială și profesională a persoanelor marcate de diferite categorii de deficiențe

- 4.1. Conceptul de deficiență. Tipuri de deficiență.
- 4.2 Reabilitarea (recuperarea) bolnavilor psihic și a deficienților
- 4.3. Particularitățile recuperării psihice
- 4.4. Modele de programe și de practici de reabilitare.

Obiective:

- Să înțeleagă sensul deficienței și diversitatea acesteea.
- Să facă distincție între reabilitarea (recuperarea) bolnavilor psihic și a deficienților.
- Să explice particularitățile recuperării psihice
- Să cunoască modele de programe și de practici de reabilitare.
- Să conștientizeze și să valorifice rolul terapiei ocupaționale în reabilitarea psihosocială și profesională a persoanelor marcate de diferite categorii de deficiențe.
- Să știe să aplice modelele de programe și de practici de reabilitare existente, ajustându-le la specificul comunității.

Concepte cheie: deficiență, tipuri de deficiență, integritate, funcționalitate, deficiențe senzoriale, deficiențe psihice, deficiențe neurologice, statut psihosocial al deficienților, reabilitare/recuperare, modele de programe de reabilitare, practici de reabilitare.

4.1. Conceptul de deficiență. Tipuri de deficiență.

Deficiența nu trebuie confundată cu boala. Ea are altă semnificație: în timp ce boala implică alterarea structurală sau funcțională a organismului din punct de vedere somatic, psihic sau psihosomatic și are drept caracteristică suferința, deficiența nu implică suferința, ci invaliditatea. Ele au însă un element comun, și anume starea de anomalie a individului.

Spre deosebire de boală, deficiența este o stare de invaliditate, de pierdere sau inexistență congenitală a unei anumite aptitudini a individului. Această inaptitudine îl diferențiază de ceilalți indivizi, la care aptitudinea este prezentă. Pierderea aptitudinii la

deficienți poate fi parțială sau totală, poate intervine pe parcursul vieții sau poate avea un caracter congenital, înnăscut sau dobândit ereditar.

Deficiența poate apărea și ca o consecință a evoluției cronice a unor boli sau se poate înfățișa ca sechele ale unor boli. În acest caz, ea este o stare defectuală, o infirmitate de tip sechelar, care succede evoluției clinice a bolilor, fie că e vorba despre boli somatice, fie despre boli psihice. În cazul deficiențelor, nu avem de-a face cu aceeași situație psihologică, biologică, medicală și socială întâlnită la bolnavii propriu-ziși. Deficienții sunt purtătorii unor „stări defectuate” sau ai unor „infirmități” și, cu excepția deficiențelor psihici, nu prezintă tulburări mintale. Cu toate acestea, prezența infirmității lor, indiferent de natura sa, le conferă un anumit profil psihologic, legat de infirmitate, și anume : ei au un tip deosebit de personalitate, cu anumite fragilități, care pot oricând reprezenta punctul de plecare al unor „probleme” de ordin psihologic sau psihosocial.

Tipurile de deficiență. În general, deficienții se clasifică după natura și tipul deficiențelor pe care le prezintă.

Termenul *deficiență* implică o absență, un „minus”, fie în sens organic, fie în sens funcțional, psihic sau fiziologic, fie în sens metabolic, ca „defect”. Termenul *infirmitate* presupune mai curând absența unei părți a corpului, care-l face pe individ incapabil de a dispune complet de propriul corp. Termenul, din ce în ce mai des folosit, *handicapat* desemnează în special un obstacol de natură fizică, senzorială, psihică sau neurologică, care-l face pe individ inapt de a exercita anumite funcții (auz, vedere, mers, intelect, vorbire) în raport cu persoanele normale.

Considerăm, prin urmare, că două sunt criteriile care trebuie să stea la baza aprecierii și clasificării stărilor defectuoase : *integritatea și funcționalitatea*.

Integritatea este acea stare care definește sfera normalului reprezentând structurarea completă a individului din punctul de vedere al constituției sale somatopsihice.

Funcționalitatea este acea aptitudine a sferei normalului reprezentând capacitatea sau aptitudinea individului de a fi sau a funcționa deplin, în conformitate cu starea sa de integritate psihobiologică.

Având în vedere cele două criterii, integritatea și funcționalitatea, deficiențele se clasifică după cum urmează :

- a) *deficiențe senzoriale*, care privesc defecte ale analizatorilor, în principal ale *analizatorului vizual* și ale *analizatorului auditiv*; de aici și cele două forme principale de deficienți senzoriali : deficienții de vedere și deficienții de auz ;
- b) *deficiențele psihice*, care cuprind defectele de dezvoltare și maturizare ale sistemului nervos central, cu consecințe asupra nivelului de dezvoltare a facilităților psihice, de regulă intelectuale și instrumentale, ale acestei categorii de indivizi, în care intră stările de oligofrenie, incluzând următoarele forme : retardul mintal ușor, mediu și grav ;
- c) *deficiențele neurologice*, care sunt defecte de dezvoltare a sistemului nervos central, cu consecințe asupra integrității acestuia, având, de regulă, în special, diplegiile infantile din grupa Little ; trebuie notat faptul că, adesea, deficiențele psihice sunt asociate cu cele de ordin neurologic, realizând forme de deficiențe combinate, de tipul diplegiilor infantile cu imbecilitate sau idioție etc.

Formele de deficiențe mai sus menționate au, de regulă, un caracter congenital sau apar la o vârstă foarte tânără, perinatal sau în primele luni ale copilăriei, la nou-născut. În cazul în care ele se instalează pe parcursul vieții, vor avea tot valoare de deficiențe, dar reprezintă sechelele unor afecțiuni sau accidente terapeutice (surditatea post-tratament cu streptomycină) etc. Este deci cazul să luăm în considerare și stările de deficiență ce pot apărea pe parcursul vieții la persoane caracterizate prin integritate constituțională și care nu prezentau tulburări de funcționalitate. Este cazul *stărilor de invaliditate: amputații paraplegici, afazici* etc.

Statutul psihosocial al deficienților. Statutul psihosocial al deficienților este deosebit de important și decurge din atitudinea societății față de deficiență și deficienți, deoarece ea e cea care construiește o anumită imagine socială a omului, care este investită cu valoarea deplină în societate. În societatea noastră, imaginea socială nu mai are un caracter formal, extern, ci un caracter normativ și este dată de conceptul antropocultural al personalității de bază, legat de valori modelului sociocultural. Se poate desprinde clar de aici faptul că și statutul social al individului este diferit în raport cu *imaginea socială* a omului, cu mentalitatea socială și cu modelul sociocultural. Aceste aspecte schimbă complet modul de a vedea și de a înțelege persoana, libertatea, responsabilitatea, acțiunea și voința, comportamentul, idealurile, în raport cu modul de organizarea socială, relațiile interpersonale etc.

Credem că nu greșim dacă apreciem că orice formă de igienă mintală se fundamentează pe un anumit tip de *Weltanschauung*, pe o anumită „concepție despre

lume”. În această privință, se deschid două perspective : un tip de *societate deschisă*, tolerantă ; un tip de *societate închisă*, constrictivă.

Societatea deschisă este o societate tolerantă, în care imaginea socială a omului se întemeiază pe un spirit de înțelegere. Persoana este percepută ca valoare prin calitățile sale sufletești intrinseci, prin ceea ce reprezintă.

Societatea închisă este o societate intolerantă, de tip totalitar, restrictiv, care impune o imagine socială a omului cu un caracter rigid, strict, conform unei ideologii, și nu unui Weltanschauung dependent de natura liberă a valorilor modelului sociocultural.

4.2 Reabilitarea (recuperarea) bolnavilor psihic și a deficienților

Mentalitatea societății referitoare la starea de sănătate mintală și boală psihică se manifestă prin următoarele : ideile despre starea de sănătate și boală, datorate în special cunoștințelor științifice și studiilor experimentale; reprezentările despre sănătate și boală, ca formă de ideologie colectivă, cu un pronunțat caracter empiric, tradițional, bazat pe observații ; acțiunile legate în special de posibilitățile de depistare, diagnostic și tratament ale bolnavilor, de restabilire pe căi științifice a stării de sănătate; modelele de comportament sociopsihocultural privind starea de sănătate sau de boală, vizând în special acțiunile social-comunitare de ordin medical, instituționalizate; măsurile de asistență medicală a bolii și recuperare a stării de sănătate, ca expresie a nivelului de dezvoltare a medicinei și a valorilor civilizației în societatea dată.

Astăzi, în lumea civilizată, boala mintală nu mai constituie o rușine și, de multă vreme, nu mai este un prilej de indiferență, ci o problemă de interes și înțelegere crescânde. Aspectele legate de recuperarea psihosocială a bolnavului psihic pun probleme noi, antrenând colaborarea unor instituții medicale specializate, la care își aduc concursul instituții de cercetare științifică sau organisme guvernamentale (L. Bone și J. Simon, G. Wells, S.E. Gollan și C. Eisdorfen, M. Breed, M.R. Chaumont, G. Daumazon, N. Speiger, M. Dubost, Fr.Damon, W.Warren). Asistăm astăzi la organizarea unei vaste rețele de instituții și de organizații medico-sociale, științifice, terapeutice sau de protecție, precum și a unor organisme guvernamentale specializate : ONU, OMS, UNICEF, CWOIH, societăți de patronaj, centre de postcură, servicii de reclasare socială, Liga pentru sănătate mintală etc.

Terminologia utilizată pentru a desemna acest concept diferă, deși, în fond, sunt vizate aceleași obiective (H. Ey, Cl.Veil, B.H. Kirman și J. Bicknell, L. Noro, H. Rusk, P. Sivadon, C. Enăchescu). Pentru Școala americană este obișnuit termenul *reabilitare*. Școala franceză folosește termenii *readaptare* sau *reclasare*. H. Platt recomandă termenul

reabilitare, acesta având deopotrivă semnificație biologică și una psihologică. Prin *reabilitare* el înțelege reîncadrarea în muncă a omului bolnav sau plasarea profesională a acestuia ca rezultat al eforturilor de colaborare dintre medicul specialist, personalul auxiliar medical și membrii organizațiilor de educație și asistență socială.

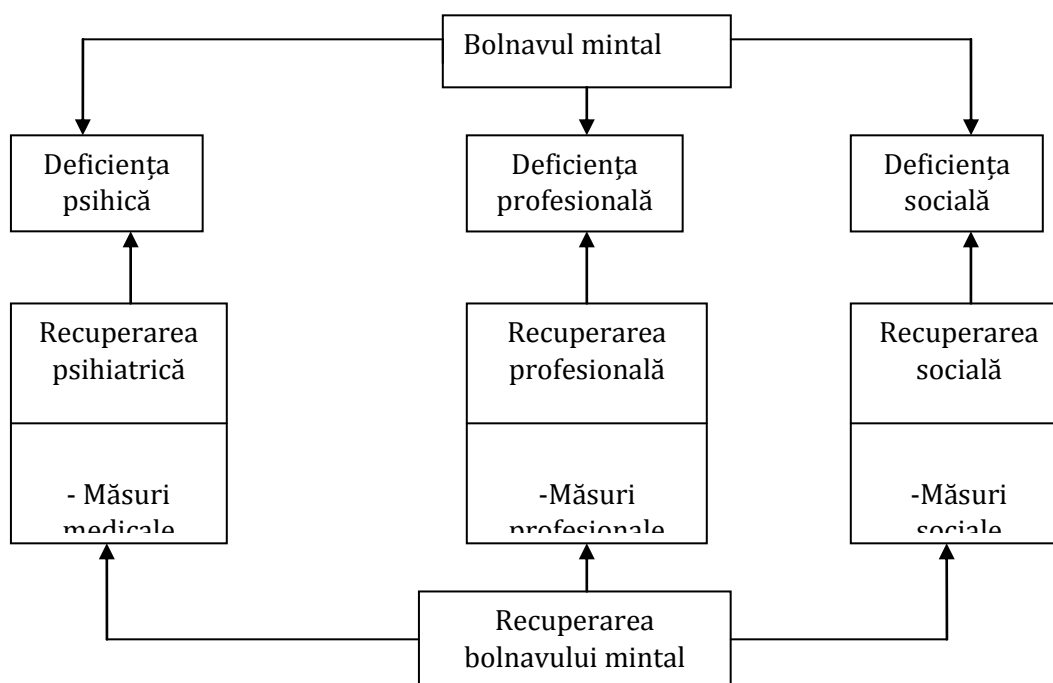
Principiile reabilitării. Pentru C.E. Caniff, factorii esențiali care concură la aplicarea eficientă a recuperării bolnavilor psihic sunt următorii : necesitatea măsurilor de recuperare pentru o mare parte din populație; disponibilul de cunoștințe tehnice și personalul calificat pentru a presta servicii de recuperare ; înțelegerea de către membrii comunității social-umane a valorii recuperării pentru bolnavii psihic; dorința societății de a acționa în scopul recuperării prin asigurarea serviciilor și a programelor destinate acestui scop.

Principiile care stau la baza procesului de recuperare a bolnavilor psihic sunt universal admise de majoritatea autorilor (P. Sivadon, R.H. Ojemann, S.W. Mounford, H. Kessler, C.Enăchescu) :

- a) *principiul antrenării* constă în atragerea și antrenarea activă ale bolnavilor psihic în procesul de recuperare ;
- b) *principiul activării* are la bază antrenarea activă, permanentă, prin dinamizarea bolnavului în cursul actului de recuperare, cu menținerea unui anumit ritm al activității terapeutice ;
- c) *principiul cooperării* stipulează că medicul sau echipa terapeutică trebuie să coopereze cu organizații sociale și profesionale specializate în procesul de recuperare ;
- d) *principiul varietății și al mobilității* constă în diversificarea ritmului recuperării, trecerea de la un tip la altul, ca modalitatea de diversificare a activității, și crearea unui climat interesant, atractiv, neobositor, antrenat și cu efecte pozitive pentru bolnav ;
- e) *principiul supravegherii dirijate* vizează conducerea și desfășurarea activității de recuperare după criterii medicale și psihosociale riguros științifice, rolul director revenind medicului și echipei terapeutice ;
- f) *principiul normalității funcționale* reprezintă scopul recuperării în dorința redobândirii capacităților și aptitudinilor pierdute de bolnavul respectiv ;

- g) *principiul mobilității adaptative* este de natură tehnico-metodologică și constă în diversificarea metodelor de recuperare în cursul diferitelor etape ale procesului terapeutic ;
- h) *principiul planificării* se referă la mijloacele și etapele de reabilitare a bolnavilor ;
- i) *principiul programării* urmărește organizarea desfășurării stadiale a programului de recuperare, conform planificării acesteia în caz bolnavilor psihic.

Orice *acțiune de reabilitare* urmărește compensarea stării de *deficiență*, ameliorarea stării bolnavului sau a persoanei cu deficiență, reintegrarea sa în familie, profesiune, societate. În vederea realizării acestor obiective, recuperarea bolnavilor sau a persoanelor cu deficiențe psihice postprocesuale se va desfășura în mod diferențiat, în trei direcții, și anume : recuperarea medicală, profesională și socială, așa cum se poate vedea din schema de mai jos .



Metodele de reabilitare. În ceea ce privește metodele de recuperare a bolnavilor psihic, acestea sunt numeroase și diferite în funcția de autor. Astfel, V.J. Baltazar propune următoarele metode de recuperare :

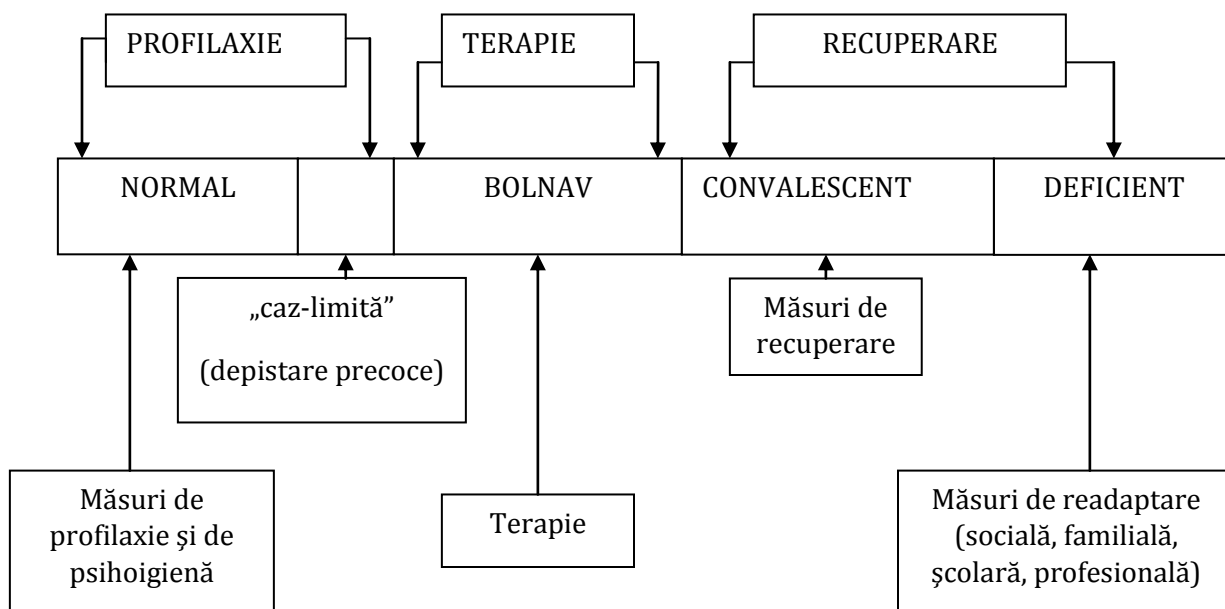
- a) recuperarea fizică, reprezentând totalitatea formelor de tratament în vederea readaptării fizice(deficienți fizici, motorii, senzoriali etc.) ;
- b) recuperarea psihică, adresată în primul rând bolnavilor psihic și constând în crearea unui climat psihologic favorabil și antrenarea în activitate a acestora;
- c) recuperarea profesională, constând în readaptarea deficientului la o activitate profesional-școlară adecvată tipului său de deficiență ;
- d) recuperarea socială, o acțiune complexă care vizează readaptarea familială, școlar-profesională și socială a bolnavului .

Acțiunea de reabilitare. Scopul recuperării se realizează prin intermediul acțiunii practice de recuperare. Recuperarea se poate face fie prin regimul de internare intraspitalicească, fie prin regimul de tratament ambulator al bolnavilor psihic. Acțiunea de recuperare propriu-zisă este încredințată echipei terapeutice specializate în acest domeniu.

Orice program de recuperare a bolnavilor psihic trebuie să aibă în vedere următoarele tipuri de obiective :

- a) obiectivul principal : recuperarea stării de sănătate mintală a bolnavilor ;
- b) obiectivul general : recuperarea psihiatrică, profesională și socială ;
- c) obiectivul secundar: reducerea deficienței psihice, redobândirea capacității de muncă și readaptarea socială .

Orice recuperare se realizează în trei etape : profilaxia, terapia și recuperarea propriu-zisă, așa cum se poate vedea în schema de mai jos :



Din schema de mai sus se desprinde faptul că orice acțiune de recuperare trebuie instituită și condusă în funcție de natura stării de sănătate mintală sau de boală psihică a individului, precum și de stadiul de evoluție clinică în care vedem subiectul în cauză.

Programul de reabilitare. Acțiunea de recuperare a bolnavilor și deficienților psihici se desfășoară în mod planificat și organizat, după un program riguros de recuperare. Orice program de recuperare a bolnavilor psihic are în vedere câteva obiective și mijloace practice de realizarea a acesteia. Scopul programului este recuperarea complexă a bolnavilor psihic.

În tabelul următor, prezentăm sintetic un program de recuperare.

Obiectivul principal	Recuperarea sănătății mintale		
Obiective generale	Recuperarea psihiatrică	Recuperarea profesională	Recuperarea socială
Obiective secundare	Reducerea deficienței psihice	Redobândirea capacității de muncă	Readaptarea socială

Mijloace realizare	de	Terapia psihotropă	Terapia ocupațională	Terapia de grup
		Psihoterapia	Ergoterapia	Socioterapia
		Supravegherea ambulatorie	Reprofesionalizarea	Asistența socială
		Postcursa sanatorială	Activitatea profesională protejată	Îngrijirea familială

Din tabelul de mai sus se poate desprinde concluzia că acțiunea de recuperare a bolnavilor psihice este un tip de activitate extrem de laborioasă. Ea cere răbdare, dăruire, competență, experiență profesională bogată în domeniu și o colaborare interdisciplinară absolut indispensabilă. Acțiunea de recuperare nu se poate desfășura decât în conformitate cu un plan de recuperare, ce are la bază un program de activitate.

Orice program de recuperare trebuie să vizeze următoarele obiective (Ch. E. Caniff) :

- să asigure și să mențină mijloacele de recuperare la un înalt nivel calitativ;
- să asigure condiții de recuperare pentru toate tipuri de deficiență, în toate sectoarele populației și pentru orice fel de situație care se poate ivi pe parcurs (fizică, psihică, de intelect etc.) ;
- să ofere o informare intensivă referitoare la valoarea procesului de recuperare.

Acțiunea prevăzută a se desfășura în cadrul programului de recuperare trebuie să înceapă cu evaluarea psihologică și psihiatrică a deficientului psihic, în vederea acceptării acestuia pentru recuperare și stabilirii programului de recuperare, ce are în vedere următoarele aspecte :

- motivarea sau dorința deficientului de a fi recuperat ;
- antecedentele acestuia, de ordin fiziologic și patologic ;
- starea intelectuală, modul de a comunica-coopera, atenția, interesele, gândirea ;
- starea emoțional-afectivă, tipul de reacție ;
- personalitatea subiecților : sociabilitate, activitate, aspirații, comunicarea.

Procesul de recuperare se desfășoară în două etape principale :

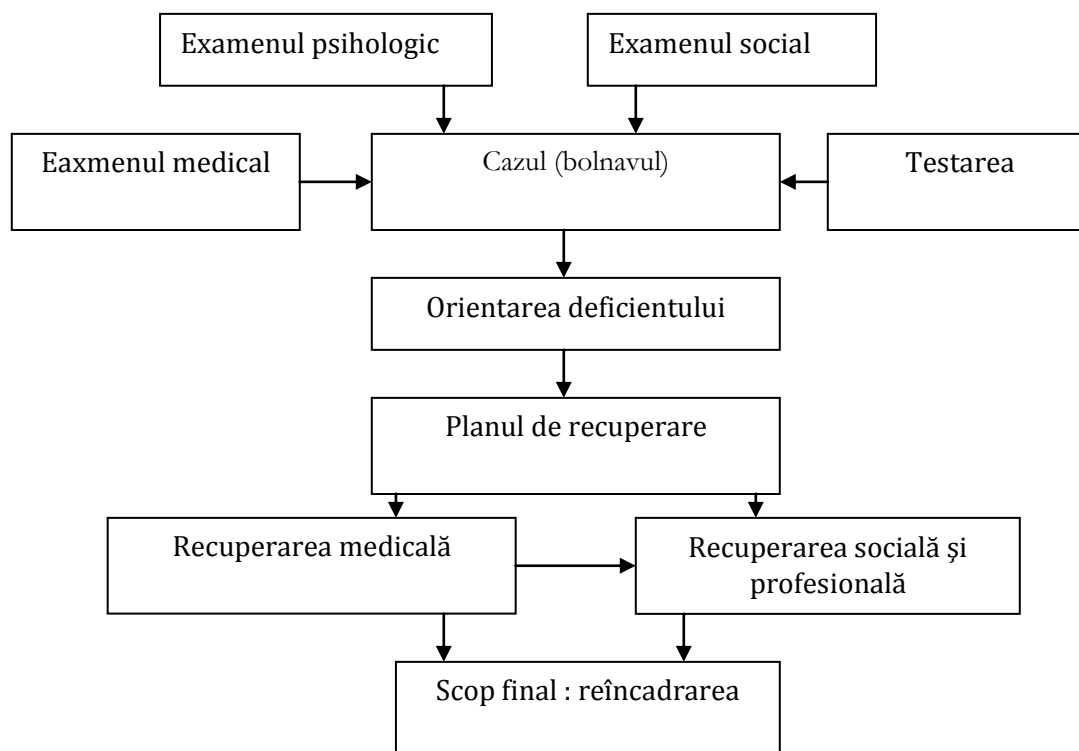
1. *etapa preliminară*, reprezentată de recuperarea medicală și fizică a deficiențelor ;
2. *etapa profesională*, reprezentată de recuperarea socială și profesională a deficiențelor și alcătuită din următoarele șase faze :
 - a. primirea deficientului psihic la centrul de recuperare ;
 - b. punerea deficientului psihic în legătură cu asistentul social ce dirijează recuperarea, cu consilierul profesional și cu psihologul; se face studiul „cazului”, profilul personalității și al nevoilor acestuia, după care se elaborează planul de recuperare ;
 - c. se face examenul medical al „cazului”, stabilindu-se cauza și gardul de invaliditate, sunt evaluate aptitudinile latente, neafectate de procesul patologic, și posibilitatea de înlăturare/compensarea a acestora, stabilindu-se necesarul acordat deficientului în cursul procesului de recuperare ;
 - d. aplicarea unor măsuri speciale (tratament medical, psihoterapie individuală sau de grup, educație profesională, recuperare fizică etc.) de la „caz” la „caz”;
 - e. asistentul social orientează și susține deficientul pe tot parcursul acțiunii de recuperare, urmărind împreună cu psihologul, medicul, psihopedagogul aplicarea și efectele (rezultatele) acțiunii de recuperare;
 - f. se urmărește ca deficientul, pe tot parcursul acțiunii de recuperare, să capete încredere în sine și siguranță, să se dezvolte independent. Să dobândească valențe psiho-socio-profesionale noi, pentru a se putea integra în familie, societate, profesiune.

Procesul de recuperare trebuie să se desfășoare sub conducerea și directa supraveghere ale unei echipe terapeutice complexe, specializată în acțiunea de recuperare (M.A. Seidenfeld). Echipa terapeutică este alcătuit din:

- a) echipa terapeutică generală, formată din medici recuperatori, asistente medicale, fizioterapeuți, ergoterapeuți, asistenți sociali, sociologi ;
- b) echipa psihiatrică, formată din: psiholog, psihiatru, psihoterapeut, sociolog, specialist în terapiile ocupaționale.

Activitatea de recuperare a echipei terapeutice își desfășoară activitatea în instituții medico-sociale specializate, reprezentate prin: centre de sănătate mintală, centrul de

recuperare, atelierele protejate, secțiile de resocializare ale spitalelor de psihiatrie etc. Activitatea de recuperare, rolurile echipei terapeutice și obiectivele acestora sunt redată în schemele de mai jos.



Activitatea *echipei terapeutice* are ca rol organizarea, conducerea, aplicarea și evaluarea *programului de recuperare* a bolnavilor sau deficienților psihici, precum și a altor categorii de persoane cu deficiențe, după cum se poate vedea din schema de mai jos. Un rol esențial îl are fixarea precisă a *obiectivelor* urmărite de programul de recuperare, dar și utilizarea *mijloacelor de realizare* a obiectivelor propuse. Este necesară o mare flexibilitate și o mobilitate adaptivă continuă față de cerințele „subiecților”, particularitățile personalității acestora și posibilitățile lor. Atitudinea echipei terapeutice trebuie să fie realistă, adaptând obiectivele la posibilitățile și nevoile „subiecților”.

Scopul final al recuperării trebuie să fie reprezentat prin următoarele :

- restaurarea personalității individului;
- dobândirea încrederii în sine, a siguranței și a unei anumite independențe în relațiile cu ceilalți, cu familia și societatea;
- dobândirea de noi aptitudini, de interese care să-l motiveze pe bolnav și să-i dea un sens pozitiv vieții personale;
- refacerea vechilor relații și forme de comunicare cu lumea, cu familia, cu grupul social;
- reîncadrarea individului într-o activitate practică utilă;
- oferirea unui model de viață independentă și demnă.

Programul de reabilitare a deficiențelor psihici

Obiectivul principal	Recuperarea sănătății mintale		
Obiective generale	Recuperarea psihiatrică	Recuperarea profesională	Recuperarea socială
Obiective secundare	Reducerea deficienței psihice	Redobândirea capacității de muncă	Readaptarea socială
Mijloace de realizare	<ul style="list-style-type: none"> -Terapie psihotropă -Psihoterapie -Supraveghere ambulatorie -Postcură sanatorială 	<ul style="list-style-type: none"> -Terapie ocupațională -Ergoterapie -Reprofesionalzare -Activitate profesională protejată 	<ul style="list-style-type: none"> -Terapie de grup -Socioterapie -Asistență socială -Îngrijire familială

4.3. Particularitățile recuperării psihice

Recuperarea în retard mintal. Deficiența mintală nu este o boală propriu-zisă, ci o infirmitate, în măsura în care ea se prezintă ca o stare definitivă și ireversibilă a personalității.

În ceea ce privește aspectul recuperator și terapeutic al deficiențelor mintal, G. Hauyer menționează următoarele metode : terapia medicamentoasă, biologică și chimică; procedurile fizioterapeutice; terapia neurologică și neurochirurgicală, metodele de psihochirurgie; psihoterapia; terapia de reeducare și recuperare prin readaptarea socială, reeducarea comportamentală, reeducarea psihomotorie, măsurile medico-pedagogice și profesionale. Oligofrenii sunt capabili să desfășoare o muncă organizată, sunt foarte

rezistenți la unele munci și au o mare satisfacție în a-și vedea munca îndeplinită. Din aceste motive, rezultatele muncii lor trebuie să aibă un caracter concret, vizibil imediat.

Recuperarea în nevroze. Nevroza este cauzată de factorii psihotraumatizanți, fiind facilitată de factorii somatogeni, de un anumit tip de reactivitate individuală, de structura psihică a personalității bolnavului, de modelul de comportament individual, de conflictul dintre nivelul de aspirații și posibilitățile personale de realizare, de factorii morbigenetici exogeni și de natura relațiilor interpersonale.

În cursul evoluției clinice a nevrozelor, tulburările psihopatologice pot influența negativ capacitatea de muncă a bolnavilor, mai ales în domeniile care solicită o activitate intelectuală susținută, de intensitate medie sau crescută. Majoritatea autorilor sunt de acord în a recunoaște trei grade de deficiență psihică în cazul nevrozelor : deficiența psihică nulă sau ușoară, în cursul căreia capacitatea de muncă este păstrată sau e foarte ușor redusă ; deficiența psihică medie, în care capacitatea de muncă este redusă ; deficiența psihică accentuată, în cursul căreia capacitatea de muncă a bolnavilor e complet pierdută.

Recuperarea bolnavilor nevrotici necesită măsuri complexe. În acest sens, sunt menționate **trei aspecte principale**. Măsurile clinico-psihiatrice constau în *terapia psihotropă, asociată cu psihoterapia individuală sau de grup*.

În al doilea rând, se impune instituirea unor măsuri psihoprofilactice de evitare a situațiilor de încordare, a suprasolicitării profesionale, a stărilor conflictuale, a tensiunilor emoțional-afective din familie, societate, de la locul de muncă.

Alte forme de terapie sau recuperare a bolnavilor nevrotici sunt cura sanatorială, *milieu therapie*, ameliorarea condițiilor de muncă, ameliorarea condițiilor de viață în familie și în comunitatea umană, redarea încrederii în propriile forțe, recăștigarea sentimentului demnității umane.

Recuperarea în psihozele endogene. Evaluarea stării de deficiență psihică va consta în următoarele : examenul clinico- -psihiatric, examenul psihologic de evaluare psihodiagnostică și ancheta medico-socială a bolnavului.

În cazul psihozelor endogene, deficiența psihică se traduce printr-o alterare gravă a personalității, constând în următoarele : ruperea de realitate, cu alternarea stării de conștiință ; apariția unor importante modificări perceptive (iluzii, halucinații) ; tulburări de gândire (obsesii, idei delirante) ; tulburări de activitate și comportament (apatie,

agresivitate, suicid, homicid) ; modificări afective (euforie, distimie, paratimie, depresie, melancolie, anxietate).

Recuperarea bolnavilor psihic are în vedere mai multe aspecte :

- terapia intraspitalicească (terapie psihotropă specifică, terapie de joc, bioterapie, terapie ocupațională, ergoterapie) ;
- terapia extraspitalicească, ambulatorie, care se face în cadrul dispensarilor de psihiatrie sau la centrele de igienă mintală ;
- măsurile de psihoprofilaxie, de forme variate, constând în protejarea acestei categorii de bolnavi psihic ;
- măsurile psihosociale, vizând readaptarea deficiențelor în familie, în comunitatea social-umană, în mediul profesional ;
- măsurile medico-pedagogice și de tip profesional, menite să acționeze în direcția reîncadrării acestei categorii de bolnavi într-o activitate practică utilă, care să le trezească interesul, să-i stimuleze, să le ofere satisfacții și posibilități de realizare socială, asigurându-le totodată și un venit material corespunzător.

Recuperarea în psihopatii și sociopatii. Din punct de vedere psihosocial și din cel al modului de comportament aberant, psihopatiile și sociopatiile se înrudesesc. Supravegherea și recuperarea acestor categorii de indivizi sunt tot de competența psihiatrului și a echipei terapeutice de igienă mintală. Societatea, prin instituțiile sale, va sancționa moral și juridic consecințele actelor de comportament ale psihopaților și sociopaților, atunci când ele au un caracter antisocial. Comportamentul acestora însă, ca fenomen psihologic, este de competența medicului psihiatru, ajutat de psiholog și de asistentul social.

Măsurile profilactice vizează educația, supravegherea și adaptarea corespunzătoare a acestor indivizi în grupul social, în familie sau în sfera profesională. Acestea sunt măsuri de ordin psihosocial, care urmăresc canalizarea pozitivă a manifestărilor comportamentului. Recuperarea se face prin utilizarea măsurilor psihosociale, pedagogice și profesionale. O importanță deosebită pentru succesul recuperării are și atitudinea societății față de această categorie de indivizi. Prezintă valoare pozitivă atitudinea deschisă, bazată pe fermitate și supraveghere atentă, încurajatoare și pe recompense. Sunt indicate activitățile ferite de stres emoțional, precum și un regim de muncă regulat și antrenant.

Reabilitarea psihiatrică. Pacienții îndreptați spre comunitate în anii 60 și 70 nu au găsit aici suportul și serviciile necesare adaptării lor în comunitate. Nevoile legate de locuință, venit, asistență medicală și psihiatrică ușor accesibile, abilități de coping pentru viața de fiecare zi, suport pe perioada crizelor, prieteni și o activitate cu sens, erau rareori satisfăcute, iar serviciile clinice ambulatorii aveau un impact foarte limitat în aceste domenii cruciale. Domeniul reabilitării psihiatrice (sau psiho-sociale) s-a născut din dorința de a răspunde acestei provocări.

Programele s-au dezvoltat precoce din recunoașterea faptului că o intervenție medicală nu este suficientă pentru persoanele cu boli psihice severe și aceste programe au căutat să dezvolte abordări nonclinice. S-a pus un puternic accent. Încă existent și azi în domeniu, pe intervenții practice, de bun simț, într-un mediu social normal. Numele unor organizații ca Fountain House, Horizon House și Thresholds reflectă natura informală, neierarchia a programelor. Participanții sunt deseori considerați membri, nu pacienți sau clienți, pentru a accentua contribuția și responsabilitatea fiecărui participant la derularea programului. Obiectivul principal este o bună funcționare cotidiană, cu accent pe forța personală și nu pe simptomele clinice.

Domeniul reabilitării psihiatrice s-a dezvoltat pornind de la câteva programe izolate, ajungând să fie în timp o parte integrală și consistentă a sistemului de sănătate mentală din SUA și Canada. Programe similare există acum în lumea întreagă. Domeniul a fost îmbogățit cu un număr de modele diferite de oferte de servicii, inclusiv programe de club, cercuri de prieteni, alternative administrate de consumatori, programe de tipul așezămintelor Fairweather, programe de înaltă expectanță (high expectancy programs), terapie comunitară afirmativă și servicii de reabilitare și de management de caz. Numărul instituțiilor americane ce pretind că furnizează servicii de reabilitare psihiatrică pentru persoane cu dizabilități psihiatrice a crescut de la aproximativ 1600 în 1990 la peste 3000 în 1995, pe măsură ce sistemele de servicii din sănătate mentală au devenit conștiente de nevoia de astfel de programe și s-au mobilizat în această direcție.

Mișcarea de reabilitare psihiatrică

Mișcarea de reabilitare psihiatrică a demarat la sfârșitul anilor '40 și începutul '50, cu o mână de programe dedicate furnizării de servicii pentru bolnavii psihici cronici. Aceste programe căutau alternative la instituționalizarea pe termen lung și la spitalizările repetate cu care se confruntau frecvent persoanele cu boală psihică. De multe ori designul și practica acestor programe s-a dezvoltat pe baza bunului simț, prin experimentare de tipul încercare și eroare. S-au elaborat o serie de programe interesante și

inovatoare, dar ele s-au menținut pe o arie restrânsă până în anul 1970, când dezinstituționalizarea a creat o serie de probleme noi.

În 1977, un departament guvernamental american a elaborat un raport în care descria existența unui mare număr de pacienți externati din spitalele de stat ce revin în comunitate și necesită sprijin. La scurt timp, Institutul Național de Sănătate Mentală a lansat Programul de Suport Comunitar, ce a încurajat statele să dezvolte sisteme de asistență în comunitate pentru persoane cu dizabilități psihice. Terapia comunitară și reabilitarea au devenit lent priorități, iar interesul pentru reabilitare a început să crească. Abia după 1980 și mai cu seamă după 1990 însă, reabilitarea psihică a devenit o parte acceptată și integrată a sistemului de asistență psihiatrică.

Există o imensă diversitate în domeniu. Există un număr de modele de programe diferite, cu o creștere a diversității de servicii. În mod tipic, un program de reabilitare psihiatrică poate fi recunoscut pentru că oferă servicii persoanelor cu dizabilități psihice severe, subscrie la principiile teoretice ale reabilitării psihiatrice și oferă un pachet de servicii cu scopul de a ajuta persoanele cu dizabilități psihice să facă față vieții din comunitate. Aceste servicii includ : antrenarea abilităților de a trăi în comunitate, reabilitarea vocațională, reabilitarea socială, reabilitarea prin modalitatea de locui și managementul de caz. Irving Rutman, unul dintre pionierii din domeniu, a dat următoarea definiție :

Reabilitarea psihosocială se referă la un spectru de programe pentru persoane cu boli psihice cronice. Aceste programe sunt destinate să întărească abilitățile unui individ, abilități necesare pentru a-și satisface nevoile de a locui, angajarea în muncă, socializarea și dezvoltarea personală. Scopul reabilitării psihiatrice este de a crește calitatea vieții indivizilor psihic dizabilitați, prin sprijinirea acestora în asumarea câtor mai multe responsabilități în viața lor și în funcționarea în societate pe câte posibil activ și independent.

Serviciile majore de reabilitare psihosocială, care sunt oferite ca un continuum, cuprind: socializarea, serviciile recreaționale, vocaționale, rezidențiale, antrenamentul abilităților pentru viața cotidiană în comunitate și managementul de caz. În plus, facilitățile de reabilitare psihosocială pot oferi clientului evaluare și activități de planificare a scopurilor, programe educaționale, pregătire pentru susținere (advocacy) și suport personal și familial.

Indivizii pot avea nevoie de aceste programe pe termen scurt sau nedefinit. Ele sunt oferite în context unui mediu suportiv nestigmatizant comunitar și într-o manieră în

care centrarea se face pe „persoană” și nu pe „pacient”, crescând sentimentul de responsabilitate și de valorizare și încurajând implicarea personală în procesul de reabilitare. Serviciile de reabilitare sunt interconectate și în strânsă legătură cu cele oferite de alte instituții de sănătate mentală sau sociale. (*Rutman, 1989*)

Principiile reabilitării psihiatrice. În sensul ei cel mai strict, reabilitarea psihiatrică este centrată pe funcționalitatea fiecărei persoane și mai puțin pe boală. Scopul este de a asista fiecare persoană, pentru a compensa deficitul cauzat de boală prin dezvoltarea abilităților și printr-un mediu suportiv. Deseori un individ are nevoie să dezvolte și să practice abilități pentru a trăi în comunitate. Aceste abilități pot cuprinde în general igiena personală, îngrijirea locuinței, mersul pe stradă, utilizarea transportului în comun, abilități sociale, rezolvarea de probleme, abilități prevocaționale și din orice alt domeniu al vieții persoanei afectat de dezabilitatea psihiatrică. Dezvoltarea competenței în aceste activități comunitare este cel mai ușor de realizat în comunitatea „reală”. Cu cât activitățile sunt integrate în viața normală a participanților cu atât intervențiile vor fi mai eficiente.

Un alt concept-cheie al reabilitării este cel de întărire sau abilitare cu putere (*empowerment*) a persoanei bolnave psihic. Multe dintre trăirile pacientului legate de boala psihică îl slăbesc. Sentimentul de neajutorare și de lipsă de speranță reprezintă o evoluție obișnuită pe parcursul anilor și se datorează etichetei de bolnav psihic. În procesul de reabilitare individul trebuie să înceapă să ia decizii, să accepte responsabilități, să-și asume riscuri și chiar să comită greșeli. În cadrul acestor procese de întărire, individul începe să-și reconstruiască o viață mai normală.

Pe măsura consolidării domeniului s-au clarificat principiile reabilitării psihiatrice. Aceste principii includ :

- Convingerea că există un potențial de creștere și de schimbare chiar și la cea mai sever dizabilitată persoană. Speranța este un ingredient esențial reabilitării psihiatrice.
- În centrul reabilitării psihiatrice stă persoana ca întreg și nu boala-conform principiului „persoană, nu pacient”.
- Se intervine pe comportament și funcționare și nu pe simptom, conform principiului „Inducerea sănătății mai degrabă decât reducerea simptomului”.
- Inducerea sănătății mai degrabă decât reducerea simptomelor.

- Distanța dintre personal și clienți este micșorată, cu scopul de a întări parteneriatul de lucru dintre aceștia.
- Serviciile de reabilitare psihiatrică sunt orientate spre necesitățile practice și zilnice ale fiecărei persoane.
- Toate intervențiile se bazează pe principiul autodeterminării clientului. Se fac eforturi pentru a implica clientul/membrul să participe activ la program.
- Servicii psihiatrice de reabilitare oferă oportunități pentru indivizi de a participa pe cât de mult posibil în rolurile și relațiile normale din cadrul comunității.
- Spitalizarea inutilă este evitată.
- Activități sunt experiențiale.
- Intervențiile sunt menite să satisfacă necesitățile individuale ale fiecărei persoane.
- Programele de reabilitare psihiatrică se străduiesc să dezvolte comunități sportive și/sau rețele de suport.
- Dezvoltarea abilităților de coping este un scop major.

Aceasta nu este o listă exhaustivă, dar multe dintre aceste principii de bază întrunesc un consens general. Deși numeroși promotori ai unui model sau abordări particulare ar fi de acord cu acestea, există diferențe privind prioritatea și ponderea unui principiu anume.

Practica reabilitării psihiatrice. Scopul reabilitării psihiatrice este de a învăța indivizii să compenseze sau să elimine deficitul funcțional, barierele interpersonale și de mediu, barierele cauzate de dizabilitate, precum și de a reface abilitățile, cu scopul revenirii la o viață independentă, a socializării și administrării eficiente a vieții proprii. Intervenția îl ajută pe individ să învețe să compenseze efectele simptomelor bolii prin dezvoltarea unor noi abilități și tehnici de coping și prin crearea unui mediu suportiv. Practicile reabilitării psihiatrice contracarează și efectele simptomelor secundare, prin recâștigarea sentimentului de încredere și de a construi din nou, pe baza forțelor fiecărei persoane, punându-se accent pe starea de bine mai mult decât pe boală.

Activitățile din cadrul programului de reabilitare, care au ca scop de a învăța și de a exercita noi abilități de coping, se pot suprapune sau chiar confunda cu intervențiile vocaționale, educaționale și sociale.

4.4 Modele de programe și de practici de reabilitare.

Unul dintre cele mai replicate modele în reabilitarea psihiatrică este cel al *cluburilor* (*clubhouse*). Primul club a fost înființat la Fountain House în New York, la sfârșitul anilor '40. programele de club a încercat să dezvolte o comunitate intenționată în care membrii au posibilitatea să se angajeze în diverse jocuri active și esențiale în administrarea clubului, având suportul și încurajarea colegilor și a staff-ului. Participanții sunt considerați membri (ca în orice club obișnuit) și nu sunt excluși de la nici o activitate a organizației, inclusiv întâlniri staff-ului. În cadrul clubului, fiecare membru are responsabilități. Orice persoană ce dorește să muncească, indiferent de nivelul său actual de funcționare, este plasat cu jumătate de normă într-un loc de muncă competitiv, adică un *plasament de muncă tranzițional*. Staff-ul și alți membri oferă suport și pregătire. Membrii care au nevoie de locuință sunt ajutați să-și găsească un apartament de către alți membri ai clubului. La Fountain House, s-a constatat că membrii care au participat regulat la program au prezentat o rată mai scăzută de respitalizare, cu o perioadă de spitalizare scurtă și cu nivel crescut de funcționare în comunitate, în comparație cu grupul de control.

Programul național de răspândire a cluburilor, elaborat de Fundația Robert Wood Johnson, a dezvoltat standardele pentru programele de club. aceste standarde reflectă particularitățile unice ale acestui model. Membrii și nu staff-ul apreciază propriul nivel de implicare în program. Nu există cabinete pentru staff, care sunt considerate bariere între acesta și membri. Staff-ul are un rol cuprinzător și este implicat în toate aspectele programului împreună cu membrii. De exemplu, nu membru al staff-ului poate ajuta un membru să obțină ajutor social, să primească suport la locul de muncă de la un membru angajat și să fie responsabil cu programarea activităților. Raportul staff/membri este menținut intenționat la cote ridicate, cu scopul de a asigura implicarea majoră a membrilor în desfășurarea programului. Fountain House a pregătit mii de specialiști din toată lumea în modelul de tip club.

Modelul de terapie comunitară afirmativă a fost descris ca o reabilitare psihiatrică fără ziduri. Clientul nu vine în vreun așezământ care oferă servicii, ci echipa oferă clientului servicii de reabilitare în comunitate. Aceste modele a fost elaborat inițial ca o modalitate de a oferi servicii acelor clienți cu multiple reinternări care erau mai puțin cooperanți cu serviciile existente. El a avut misiunea de a utiliza comunitatea, ca un loc de acțiune. Stein și Test au dezvoltat primii această abordare în Madison, Wisconsin, SUA. Membrii echipei terapeutice vizează persoana la locul de muncă, acasă, merg la magazin, fac cumpărăturile împreună sau se întâlnesc la o cafea. Utilizând această abordare în echipă, clientul este întotdeauna asigurat că poate contacta o persoană

cunoscută. Numărul de contacte depinde de necesitățile clientului din orice moment. Programul de Terapie Comunitară Afirmativă (PACT) a demonstrat că acesta este o alternativă cost/eficiență pentru spitalizare și s-a dovedit a fi eficient în a ajuta clienții să mențină o adaptare stabilă în comunitate.

În **modelul axat pe linii de forță (strengths) al managementului de caz**, fiecare client are un manager de caz individual. Programul este mai puțin orientat clinic decât PACT și este centrat mai mult pe nevoile personale și sociale ale fiecărui client. Resursele naturale ale comunității sunt utilizate pentru satisfacerea nevoilor clientului.

O mișcare din ce în ce mai puternică a consumatorilor a condus la dezvoltarea alternativelor stabilite de consumatori, alternative la serviciile tradiționale de sănătate mentală. Aceste programe se bazează pe premisa că o persoană care trăiește experiența angoasantă a unei boli psihice și cunoaște sistemul de servicii de sănătate mentală ca pacient, este îndrituită să asiste alți indivizi cu dizabilități psihice. Deseori, programele descrise mai sus se referă la vizite în centre sau cluburi sociale, locuri unde participanții pot să dezvolte o rețea de îngrijire și de prietenie. Există de obicei o componentă puternică de susținere pentru aceste programe conduse de consumatori, care au constatat că pot influența mai eficient sistemul de sănătate mentală dacă acționează împreună. Pentru că doar puțin consumatori au pregătire în domeniu, tratamentul se face în altă parte, deși unele programe conduse de consumatori își angajează o echipă proprie de profesioniști.

Un alt model care pune mare accent pe autonomia consumatorului este cel de tip **Fairweather Lodge**. George Fairweather a început această abordare cu scopul de a ajuta indivizii să vină din spital spre comunitate. În programul inițial, un grup de persoane cu dizabilități psihice trăiau împreună și își stabileau propriile reguli și expectanțe în ceea ce-i privește. Grupul se angaja împreună în mici afaceri care erau gestionate de membrii săi. Cu cât grupul este mai eterogen, cu atât are șanse mai mari de reușită. Rolul staff-ului este doar de consultantă și sprijin. Responsabilitatea de a rezolva problemele și de a stabili obiectivele aparține grupului. Aceste programe de grup au șansa de a forma grupuri de bună coeziune și actanță, ce funcționează bine în comunitate. Ele au reușit să reducă semnificativ spitalizările și să crească în mod semnificativ încadrarea în muncă a participanților.

Pe lângă modelele descrise, există un număr de alternative în creștere, ce oferă servicii specifice ca, de exemplu, angajările asistate, angajare temporară, suportul locativ și educație asistată. Scopul fiecărei abordări este hotărârea de a ajuta individul să se integreze deplin în comunitate, oferind asistența necesară în mediul comunitar. De

exemplu, în cazul **locurilor de muncă asistate**, o persoană cu boală psihică serioasă este angajată într-un loc de muncă competitiv, de regulă cu jumătate de normă. Un tutore vocațional poate lucra cot la cot cu clientul la locul de muncă, până ce clientul învață ce are de făcut și cum să se comporte. După ce clientul este familiarizat cu ceea ce are de făcut, tutorele se retrage, efectuând doar vizite periodice la locul de muncă. La nevoie, acesta își poate amplifica asistența și supervizarea în anumite perioade (de exemplu, la schimbarea șefului) sau dacă simptomele se amplifică. Tutorele vocațional se mai ocupă, împreună cu client, de asigurarea că și alte servicii de asistență sunt disponibile la nevoie : tratament medicamentos, transport, management de stres și antrenarea abilităților sociale.

Rezultatele cercetărilor în domeniul reabilitării. Este general acceptat faptul că reabilitarea psihiatrică este eficientă, în reducerea spitalizării și a creșterii nivelului de funcționare în comunitate. Totuși, de cunoaște destul de puțin care dintre intervențiile sau tehnicile, extrem de diverse, ar fi utile unui anumit client. Nu există vre-o metodă de prejudecție privind una sau alta dintre intervențiile sau strategiile de reabilitare, care ar avea cel mai mare beneficiu pentru un anumit client. Faptul că acest domeniu a apărut recent, complexitatea intervențiilor de reabilitare, dar și a obiectivelor fixate de acestea, ca și problemele apărute în elaborarea cercetărilor asupra unor servicii ce nu întrunesc condițiile metodologice standard cum ar fi, de exemplu, posibilitatea efectuării unor studii clinice randomizate, ridică bariere în calea cercetărilor.

Trainingul abilităților sociale (*Social Skills Training – SST*)

S-au făcut eforturi considerabile de cercetare pentru evaluarea eficienței acestor tehnici. Se pot extrage câteva observații și concluzii dintr-o serie de studii. Mai întâi SST pot ameliora semnificativ abilitățile comportamentale cu țintă specifică – de exemplu, contactul vizual, volumul vocii, activități comandate verbal și strategii de rezolvare a problemelor. Este un rezultat important în sine pentru că demonstrează că deficitul abilităților sociale ale persoanelor cu boli psihice grave poate fi corectat. Un SST intensiv mai poate îmbunătăți profilul clinico-evolutiv al pacienților, în cazul simptomelor și recăderilor, ca și în cazul abilităților sociale. În plus, există unele dovezi ale efectului benefic pe termen lung ale SST, chiar dacă acestea nu sunt extrem de concludente.

Reabilitarea vocațională (*Vocațional Rehabilitation - VR*)

Evaluarea eficienței reabilitării vocaționale este dificilă din cauza diversității de programe și a evoluției rapide de la programe protejate la modele de angajare de tranziție sau asistate. În general, numărul de angajări din rândul persoanelor cu boli psihice severe este scăzut, de regulă în jurul de 25 de procente. Acest număr nu s-a ameliorat în ultimul

deceniu. Bond și Boer (1988) au revăzut evaluările existente ale programelor de reabilitare vocațională pentru persoanele cu boli psihice severe și au găsit rezultate mai curând descurajante. Din 31 de studii, 11 au găsit o mai bună evoluție în domeniul ocupațional în rândul clienților VR în comparație cu lotul de control, 19 nu au relevat nici o modificare, iar un studiu a descoperit chiar efecte negative ale programului VR. În această analiză, programele VR par a oferi cel mai mare beneficiu în domeniul vocațional protejat, adică pacienții VR au avut o evoluție mai bună în privința angajării în muncă, dar numai în mediu protejat. Numai unu din 13 studii care a examinat angajarea în muncă competitivă și a constatat avantaje ale programelor VR, iar din cele nouă studii care au examinat rata angajărilor după programul VR, doar trei îi găsesc avantaje. Angajarea în muncă prezintă un element important al evoluției persoanelor cu boli psihice severe; dezvoltarea unor strategii de reabilitare vocațională optimă pentru pacienții care doresc să muncească reprezintă o prioritate importantă .

Servicii locative. O locuință corespunzătoare constituie o componentă esențială a asistenței comunitare pentru persoanele cu boli psihice severe, cu toate că se cunoaște puțin gradul de eficiență a diferitelor opțiuni locative în îmbunătățirea profilului evolutiv. Un studiu a arătat că persoanele cu tulburări mentale severe au beneficiat de o calitate superioară a vieții dacă locuiau în apartamente private sau în locuințe în grupuri mici, în comparație cu cele care locuiau în locuințe protejate tip cămin sau, pe termen lung, în spital. Cu toate acestea, nu există încă o cercetare cu date adecvate din care să reiasă concluzii ferme privind opțiunile optime pentru un anumit tip de spațiu locativ pentru persoane cu boli psihice severe. Ar fi bine de știut tot posibilul ca persoanele cu boli psihice severe să locuiască în modul cel mai puțin restrictiv, pe baza alegerii lor și că trebuie dezvoltate modele mai eficiente pentru a lega celelalte servicii de aceste aspecte locative.

Legături dintre tratamente clinice și reabilitare. Probabil că cea mai importantă concluzie extrasă din literatura de specialitate privind reabilitare este aceea că o combinație dintre o terapie clinică eficientă și reabilitarea este mai eficientă decât cele două servicii luate separat. Cel mai relevant rezultat apare în combinarea medicației cu trainingul familial, ce reduce substanțial rata recăderilor în al doilea an al perioadei de urmărire. Încă un aspect interesant îl reprezintă, în cazul pacienților care nu au avut recăderi, o mai bună evoluție în domeniul capacității de muncă a acelor pacienți care au beneficiat de FT în comparația cu pacienții fără recăderi care nu au beneficiat de training familial. 50 de procente dintre cei ce au beneficiat de training familial au fost angajați în locuri de muncă competitive în timp perioadei de urmărire, în comparație cu doar 27 de procente dintre cei ce nu au beneficiat de training familial. Cu toate că acest

studiu va mai trebui confruntat și cu altele similare, el sugerează că un mediu suportiv și pozitiv (în acest caz, cel familial) poate îmbunătăți rezultatele reabilitării în cele mai surprinzătoare moduri.

Pe scurt, cercetările privind rezultatele strategiilor de reabilitare pentru persoanele cu boli psihice severe arată că intervențiile psihiatrice sunt în general un element esențial de tratament; nu se știe încă exact care ar fi intervenția de reabilitare optimă și individualizată; oricum combinația dintre terapia clinică și reabilitarea psihiatrică pare a da cele mai bune rezultate.



Întrebări de recapitulare:

1. Cum explicați conceptul de deficiență? Caracterizați tipurile de deficiență.
2. Analizați prin comparație procesul de reabilitare (recuperare) a bolnavilor psihic și a deficienților. Care sunt deosebirile și asemănările?
3. Descrieți modelele de programe și de practici de reabilitare cunoscute.
4. Argumentați rolul terapiei ocupaționale în reabilitarea psihosocială și profesională a persoanelor marcate de diferite categorii de deficiențe.

Studiu individual:

Studiu de caz

Familia Irinei este alcătuită din patru membri: tata Ion, lucrează sobar, mama Ana, realizatoare la piață, sora Ecaterina, are 12 ani, este elevă și însăși Irina. Familia locuiește într-o casă pe pământ cu trei odăi, condițiile de trai sunt satisfăcătoare. Deși are deja 10 ani și este un copil comunicabil și inteligent, Irina nu frecventează școala. Unul din motive este că fetița nu se deplasează autonom din cauza dizabilității fizice și nu are un scaun rulant (cărucior). Părinții preferă ca ea să stea acasă pentru că nu este ca ceilalți copii, iar atunci când este nevoie să se deplaseze în alt loc, Irina este luată în brațe.

Însărcinări:

1. Identificați problemele vizibile și cele care pot să apară în cazul prezentat
2. Care nevoi fundamentale ale Irinei rămân nesatisfăcute ?
3. Care ar fi procesul de reabilitare (recuperare) de care are nevoie urgentă fetița?
4. Ce servicii de asistență pot fi utilizate în soluționarea cazului?
5. Specificați rolul terapiei ocupaționale în reabilitarea psihosocială a Irinei.



Tema 5. Managementul de caz și terapia ocupațională individualizată.

- 5.1. Evaluarea și intervenția individualizată. Managementul de caz.
- 5.2. Planul de intervenție personalizat pentru persoanele cu dizabilități
- 5.3. Recomandări pentru inițierea procesului de terapie ocupațională centrată pe persoanele cu dizabilități.

Obiective:

- Să înțeleagă esența managementului de caz.
- Să explice rolurile și atribuțiile managerului de caz.
- Să poată elabora un plan de intervenție personalizat pentru persoanele cu dizabilități.
- Să argumenteze recomandările pentru inițierea procesului de terapie ocupațională centrată pe persoanele cu dizabilități.
- Să știe să inițieze un proces de terapie ocupațională în funcție de vârsta și dizabilitatea persoanei.

Concepte cheie: managementul de caz, nevoie de sprijin/suport, intervenție socială, plan de intervenție personalizat (plan individualizat de servicii sociale, plan individual de îngrijire), deprinderi de viața cotidiană, capacități de muncă, abilități pentru joc, domenii de acțiune în funcție de handicap.

5.1. Evaluarea și intervenția individualizată. Managementul de caz.

Managementul de caz reprezintă un proces de coordonare a serviciilor furnizate unui client în sfera socială. În esență, reprezintă un set de etape logice și un proces de interacțiune în cadrul unei rețele de servicii care garantează că beneficiarii primesc serviciile de care au nevoie în mod efektiv, eficient, rentabil și care le conferă sprijinul necesar.

Ce este managementul de caz? În contextul său istoric, managementul de caz a apărut din necesitatea de a oferi o coordonare de calitate a serviciilor, dar și de a furniza servicii sociale într-o manieră eficientă și rentabilă. Obiectivul principal este acela de a optimiza funcționarea clientului prin oferirea de servicii de calitate. Ca și celelalte metode din practica asistenței sociale, managementul de caz presupune:

- pregătire profesională,
- valori,
- cunoștințe,
- teorie și
- deprinderi, folosite pentru atingerea obiectivelor stabilite de comun acord cu clientul și, atunci când este cazul, cu familia acestuia.

În practică, managementul de caz reprezintă o metodă prin care o persoană cheie (**managerul de caz**) lucrează cu clientul și cu familia acestuia, printr-o relație continuă în vederea dezvoltării și implementării unui **Plan individualizat de intervenție (PII)** adecvat, asigurării accesului la servicii, monitorizării furnizării serviciilor, promovării satisfacerii nevoilor clientului și evaluării rezultatelor furnizării serviciilor. Rolurile majore asumate de managerul de caz sunt acelea de coordonator al serviciilor prestate, consilier și promotor al clientului său.

Roluri și valori profesionale în managementul de caz. Pentru a face din managementul de caz o metodă eficientă, este nevoie de asumarea unui număr mult mai mare și divers de **roluri** de către managerul de caz.

Managerii de caz trebuie să demonstreze, prin intermediul tuturor sarcinilor și activităților de prevenire și/ sau protecție specială a persoanei, acceptarea **valorilor profesionale specifice**:

- Angajament continuu de urmărire a dezvoltării personale și profesionale;
- Centrarea pe capacitate, dar nu pe dizabilitate;
- Înțelegerea propriilor valori și atitudini față de copii, familii, adulți, practici de educare a copiilor, diferențe etnice și culturale, alături de conștientizarea impactului sentimentelor personale asupra luării deciziilor profesionale;
- Încrederea în capacitatea oamenilor de a se schimba și în dorința majorității părinților de a fi părinți buni;

- Recunoașterea demnității persoanei, ca o persoană care are dreptul la îngrijire adecvată continua în cadrul unei familii;
- Angajamentul față de familia persoanei, considerată primordială în îngrijirea și educare;
- Angajamentul de a promova și susține drepturile persoanei. De exemplu, dreptul de a fi protejați împotriva oricărei forme de abuz, neglijare și exploatare, dreptul de a avea oportunități ce promovează dezvoltarea lor sănătoasă, îngrijirea lor permanentă și consistentă, dreptul de a participa la luarea deciziilor care îi privesc și dreptul de a le fi respectată intimitatea și confidențialitatea confesiunilor;
- Angajamentul de a promova și susține drepturile părinților. De exemplu, dreptul de a fi informați corect asupra limitelor de confidențialitate în situațiile care presupun intervenția serviciilor de protecție a copilului, dreptul de a le fi respectată intimitatea, de a stabili, în cadrul limitelor impuse de societate, cum să-și crească copiii, cum să dispună de serviciile și resursele care îi sprijină în rolul lor părinți.

Managementul de caz reprezintă o strategie de lucru, prin care se realizează coordonarea/monitorizarea tuturor serviciilor și activităților profesionale necesare rezolvării problemelor specifice ale clienților. Managementul de caz este o metodă de a oferi servicii, prin care profesioniștii evaluează nevoile clientului și ale familiei sale în colaborare cu el, coordonează, monitorizează, evaluează și susține clientul pentru a accesa servicii sociale care să răspundă acestor nevoi.

Tipuri de management de caz:

1. Managementul de caz centrat pe resurse - pune accent în mod deosebit pe managementul resurselor, concentrându-se asupra eforturilor asupra costurilor financiare și asupra timpului necesar unei intervenții eficiente. Atunci când apelează la servicii sociale, clientul acordă o atenție deosebită lipsei de resurse și cererea sa de ajutor urmărește tocmai atragerea unor noi resurse necesare satisfacerii anumitor nevoi. Aceasta este o realitate identificată de client; este punctual de plecare pentru intervenția socială care, involuntar, condiționează asistentul social să gândească în termeni de resurse. Pentru a răspunde solicitării prin care clientul dorește să obțină mai multe resurse, asistentul social construiește împreună cu clientul său un inventar al resurselor și apoi aceștea stabilesc un obiectiv în funcție de resursele existente, cele potențiale și cele necesare.

2. Managementul de caz centrat pe rezultate pornește de la analiza oportunităților și amenințărilor clientului. Intervențiile se orientează spre rezultatele așteptate în lucru cu

clientul prin fixarea unor obiective măsurabile și urmărirea atingerii acestora prin utilizarea resurselor disponibile. Acest tip de management de caz pornește de la ideea ca orice client are resurse disponibile, dar care nu sunt utilizate de el pentru că nu este conștient de ele. Prin intervenția asistentului social, clientul este ajutat să distribuie resursele pe care le are și să le administreze în funcție de obiective stabilite împreună pentru schimbarea situației sale în sensul dorit.

3. Managementul de caz centrat pe problemă - pornește de la puncte slabe, problemele cu care se confruntă clientul și piedicile pe care acesta le întâmpină în rezolvarea lor. Chiar dacă se spune că există forme de intervenție orientate spre soluții, acestea sunt gândite tot în sfera de înțelegere a disfuncționalităților - ca un răspuns la problemă. Se pornește de la analiza unei probleme, se urmărește diminuarea sau anularea cauzelor ce au generat-o sau reducerea efectelor pe care le are asupra clientului

4. Managementul de caz apreciativ pornește de la ideea că fiecare client al serviciilor sociale are puncte tari și este capabil să exploateze oportunitățile pe care le are. Perspectiva apreciativă se centrează mai ales pe reducerea vulnerabilității sociale prin schimbarea cadrelor de referință pe care le au clienții serviciilor sociale și schimbarea perspectivei de abordare a realității a acestor clienți.

Principiul fundamental al managementului de caz - asigurarea legăturii dintre oameni și resursele sistemului de servicii sociale, făcând acest sistem accesibil și adaptat nevoilor existente.

Desemnarea managerului de caz. Pornind de la momentul înregistrării cazului la nivel de instituție și a realizării evaluării inițiale se desemnează managerul de caz care va fi responsabil de elaborarea și implementarea planului de servicii/ planul individualizat de protecție pentru beneficiar.

În desemnarea/ nominalizarea managerului de caz, conducerea instituției în cauză ia în considerare cel puțin următoarele aspecte:

- numărul de cazuri aflate în responsabilitatea acestuia,
- complexitatea cazului,
- experiența persoanei,
- cunoașterea de către specialist a problematicii respective,
- relația profesionistului cu copilul și familia și
- colaborarea cu rețeaua de servicii și instituții.

Cazul poate ajunge în atenția unei instituții ce prestează servicii medico-sociale, sociale și/sau servicii de terapie ocupațională în urma:

- unei solicitări directe din partea familiei beneficiarului;
- unei sesizări din partea instituțiilor de învățământ;
- unei sesizări din partea instituțiilor medicale;
- unei sesizări din partea instituțiilor de ordine publică;
- unei sesizări din partea Secției Asistență Socială și Protecția Familiei ori a persoanei cu atribuții în asistența socială de la nivelul primăriilor;
- unei sesizări din partea unei persoane fizice;
- unei autosesizări urmate de transfer etc.

Responsabilitățile managerului de caz:

- Elaboreaza si coordoneaza implementarea **PII** ca urmare a evaluarii detaliate efectuate de catre membrii echipe multidisciplinare de la nivelul institutiei.
- Este principalul partener de discutii al beneficiarului in vederea elaborarii si reevaluării **PII**, implicand in aceste demersuri (in masura in care este posibil) si familia sau alte persoane importante pentru beneficiar.
- Responsabilul de caz reglementează relația dintre beneficiar și diverse servicii aflate în comunitate, stimulând ca acesta să devină autonom și responsabil.

Coordoneaza echipa de caz in derularea activitatilor cuprinse in cadrul **PII**, urmarind ca acestea sa se desfășoare conform planificarilor. In acest scop, responsabilul de caz are întâlniri individuale cu specialiștii din institutiei implicați în implementarea **PII** sau organizeaza reuniuni de echipa de caz (totalitatea profesionistilor cu atribuții in implementarea unui **PII**, angajati ai institutiei si/ sau colaboratori externi).

Etapile managementului de caz

1. Identificarea clienților, determinarea eligibilității, consiliere primară

- se colectează date de bază cu privire la client și situația sa familială; se realizează imaginea de ansamblu asupra situației de viață a familiei precum și nevoile prioritare ale beneficiarului.

- demarează procesul de consiliere (se stabilesc relații de lucru corespunzătoare, este asistată familia în cadrul unui proces de rezolvare a problemelor sale, se identifică resurse adecvate nevoilor beneficiarului și familiei sale.
- se formulează cererea de ajutor.

2. Colectarea, analiza de date și diagnosticarea (analiza nevoilor de dezvoltare a beneficiarului, determinarea nivelului de funcționare a familiei – capacitatea parentală).

- evaluarea complexă a copilului, adultului, familiei, a mediului înconjurător prin evaluarea nevoilor de dezvoltare ale beneficiarului (sănătate, educație, socializare, comunicare, se evaluează familia istoricul și dinamica familiei, punctele forte/punctele slabe ale familie, precum și rețelele de suport)
- analiza de caz - discuție în cadrul echipei interdisciplinare și/sau cu reprezentanții altor furnizori de servicii, se stabilesc domeniile prioritare de intervenție.

3. Identificarea resurselor împreună cu clientul și membrii rețelei de servicii, planificarea serviciilor

- Oferta de ajutor din partea propriei instituții/organizații și ducerea de tratative
- Precizarea responsabilităților în cadrul rețelei de servicii/ schițarea planurilor de intervenție sectoriale

4. Implementarea planului de servicii, coordonarea derulării și monitorizarea acestuia

- redactarea și derularea planurilor de intervenție și armonizarea acestora
- evaluarea îndeplinirii obiectivelor propuse, stabilirea de noi obiective, supervizare

5. Finalizarea planului de servicii

- discuții cu familia și profesioniștii care au implementat planurile de intervenție
- evaluarea calității serviciilor și propuneri
- monitorizarea cazului în vederea prevenirii intrării în dificultate.

Componentele planificării serviciilor

- Identificarea problemei
- Stabilirea scopului
- Stabilirea obiectivelor
- Stabilirea responsabilitatilor
- Furnizarea serviciilor si interventiilor
- Monitorizarea programului personalizat de intervenție

Identificarea problemei. Primul pas în planificarea serviciilor este acela de a identifica toate problemele relevante pe care le exprima beneficiarul admis în instituție în funcție de gradul de *discernământ*. Esențial pentru stabilirea scopului planificării serviciilor este alegerea unei probleme majore prin a cărei rezolvare se va schimba o condiție sau o situație critică a beneficiarului. Totodată, se listează prioritățile în legătură cu rezolvarea problemelor multiple ale beneficiarului și ale familiei acestuia, probleme care se vor rezolva treptat.

Stabilirea scopului. Scopul reprezintă baza planificării. El redă relația dintre asistența de care are nevoie beneficiarul, serviciile pe care le poate oferi instituția și dorința/posibilitatea beneficiarului de a utiliza serviciile. Având în vedere cele menționate anterior, scopul reprezintă o reformulare a problemei într-un mod care sugerează o anumită rezolvare. Există o serie de avantaje de ordin terapeutic pentru beneficiar în perioada de stabilire a scopului, ca de exemplu:

- Oferă posibilitatea de schimbare;
- Demonstrează existența unei soluții pentru problema identificată;
- Oferă cadrul general de referință pentru desfășurarea procesului de comunicare dintre managerul de caz - responsabilul de caz - alți profesioniști și beneficiar (după caz, familie);
- Oferă o structură care permite dezvoltarea relației profesionist-client și ajută la încheierea acesteia;
- Reducerea anxietății, stresului și tensiunii;
- Îmbunătățirea capacității de adaptare a beneficiarului la realitatea nevoilor sale;
- Ajută la clarificarea conflictelor care pot să apară în cadrul relației beneficiarului cu familia.

Stabilirea obiectivelor. Obiectivele reprezintă acțiuni specifice pentru realizarea scopului și trebuie să răspundă următoarelor întrebări:

Cine?	Persoana responsabilă pentru îndeplinirea obiectivului în cauză
Ce face?	Atribuțiile
Cand?	Termenul limita si daca este cazul,

	periodicitatea
In ce conditii?	Indicarea condițiilor
La ce nivel minim de performanță?	Indicarea performanțelor minime așteptate
Cum se masoară rezultatul?	Rezultate măsurate

Cu alte cuvinte, obiectivele trebuie să respecte aceeași ecuație SMART: să fie specifice, măsurabile, realiste, flexibile și încadrate într-o limită de timp. Obiectivele sunt subiect de negociere cu beneficiarul (daca vârsta și capacitatea de înțelegere a acestuia o permit) și formează fundamentul asumării responsabilității de către cei implicați în atingerea lor.

Stabilirea responsabilităților. Toți membrii echipei care implementează **PII** lucrează în parteneriat, dar fiecare își cunoaște sarcinile de care este responsabil și cum le pune în practică. Încredințarea rolurilor și sarcinilor membrilor echipei de la nivelul instituției revine coordonatorului (respectiv întocmirea și revizuirea fișelor de post). Coordonatorul centrului face recomandări responsabilului de caz cu privire la selectarea membrilor echipei (de exemplu, cine este disponibil, care este expertiza, care este încărcătura de cazuri).

Încredințarea rolurilor și sarcinilor membrilor echipei urmărește cu prioritate criteriul competenței, respectiv cine poate îndeplini cel mai bine o anumită sarcină. Responsabilitățile sunt stabilite în legătură cu rezolvarea unei probleme specifice într-o perioadă de timp determinată. Astfel, fiecare membru al echipei știe clar ce sarcini are de îndeplinit, acestea putând să se refere la rezolvarea unei probleme, realizarea unui program, furnizarea unui serviciu sau chiar la terapie specializată. Realizarea sarcinilor este monitorizată de către responsabilul de caz.

Totodată, responsabilul de caz ia în permanență în considerare participarea beneficiarului în toate etapele dezvoltării **PII**, inclusiv la stabilirea responsabilităților. Responsabilul de caz va organiza întâlniri individuale săptămânale cu beneficiarul pentru a identifica nevoile curente ale acestuia, pentru a afla opinia acestuia în legătură cu derularea implementării **PII** și dificultățile acestuia. Acțiunile întreprinse se vor face împreună cu beneficiarul, nu în locul acestuia (de ex: nu i se va găsi un loc de muncă, ci va fi ajutat să-și găsească un loc de muncă). Participarea beneficiarului este vitală pentru obținerea autonomiei acestuia, dar și pentru adaptarea tuturor intervențiilor în funcție de resursele beneficiarului, nevoile acestuia și specificul cultural.

Furnizarea serviciilor și intervențiilor. În oferirea serviciilor se iau în considerare următoarele aspecte:

- Unicitatea
- Exprimarea sentimentelor
- Empatia
- Acceptarea

- Atitudinea non-acuzatoare
- Autodeterminarea clienților
- Confidențialitatea

1. Unicitatea constă în recunoașterea și înțelegerea calităților unice ale fiecărui individ, a relației unice dintre beneficiar și familia sa, și în folosirea diferențiată a principiilor și metodelor de asistare a beneficiarului în demersurile de rezolvare a problemelor. Individualizarea se bazează pe dreptul fiecărei persoane de a fi tratată ca ființă umană, luând în considerare diferențele personale și caracteristicile socio-culturale.

2. Exprimarea sentimentelor. Este necesară înțelegerea din partea profesioniștilor față de exprimarea liberă a sentimentelor clienților, în special în ceea ce privește sentimentele și emoțiile negative. Astfel, profesioniștii trebuie să asculte cu atenție, urmărind un scop anume, fără să descurajeze sau să condamne exprimarea acestor sentimente. Este nevoie să se încurajeze această exprimare a sentimentelor în scop terapeutic.

3. Empatia reprezintă capacitatea profesionistului de a înțelege semnificația sentimentelor clienților și de a formula un răspuns adecvat, fără a se implica emoțional.

4. Acceptarea este un principiu de acțiune prin care profesionistul observă, acceptă și face față clienților, respectiv a punctelor tari, dar și a celor slabe ale clienților, a calităților, sentimentelor și comportamentelor acestora, care pot fi pozitive sau negative. În același timp se păstrează imaginea de demnitate și valoare personală. Acceptarea nu înseamnă aprobarea comportamentelor deviate. Scopul acceptării este unul terapeutic.

5. Atitudinea non-acuzatoare este o calitate a relației profesionale dintre membrii echipei și beneficiar. Exclue judecarea comportamentelor clienților în legătură cu anumite probleme sau fapte.

6. Autodeterminarea clienților constă în recunoașterea a dreptului și a nevoii clienților de a alege și de a lua liber decizii, de a fi conștienți de consecințele deciziilor și acțiunilor lor. Profesioniștii trebuie să fie conștienți că dreptul clienților la autodeterminare este limitat de capacitatea acestora de a lua decizii pozitive și constructive, de a acționa cu moralitate, respectând legile și asigurând protecția necesară a persoanei.

7. Confidențialitatea reprezintă menținerea securizată a informațiilor private în legătură cu beneficiarul, care au fost dezvăluite în timpul relației profesionale cu acesta. Este un drept fundamental al clienților și o responsabilitate etică a profesioniștilor. Totuși, acest drept nu este unul absolut. Clientul trebuie informat cu privire la aspectele care nu pot fi menținute confidențiale conform legii sau în cazul intervenției unei echipe, situație când are loc un schimb de informații de spre client și confidențialitatea se referă atunci la toți cei implicați.

Monitorizarea planului individualizat de intervenție. Pentru ca serviciile să fie eficiente, profesioniștii se implică permanent într-un proces continuu de evaluare care se referă la problemele beneficiarului, informațiile culese sau primite, deciziile luate și progresele înregistrate. Asistența beneficiarului este un proces care presupune implicarea beneficiarilor în procesul de rezolvare a problemelor, coordonarea furnizării serviciilor și evaluarea deciziilor, pe măsură ce apar noi informații în legătură cu cazul respectiv. Monitorizarea **PII** cuprinde procesul de culegere a informațiilor în legătură cu furnizarea serviciilor în scopul evaluării progreselor legate de obiectivele programului și contractul de rezidență încheiate de beneficiar cu instituția.

Monitorizarea **PII** este responsabilitatea managerului de caz. Procesul de monitorizare constă în:

- Verificarea oferirii serviciilor în limita de timp stabilită în **PII**; se poate obține prin scurte informări verbale (chiar telefonice) sau în scris din partea profesioniștilor responsabili și/ sau a beneficiarului;
- Identificarea la timp a problemelor în legătură cu oferirea serviciilor sau cu participarea beneficiarului, pentru a putea opera schimbările necesare în **PII**;
- Identificarea progreselor înregistrate de beneficiar sau a lipsei acestora în îndeplinirea obiectivelor înscrise în **PII**;
- Monitorizarea poate avea ca finalitate revizuirea **PII** în funcție de evoluția cazului;
- Aprecierea/ verificarea modului în care implementarea **PII** ajută beneficiarul în atingerea scopului propus; evaluarea se realizează cu participarea profesioniștilor și a beneficiarului;
- Transmiterea informațiilor culese către părțile implicate și interesate, respectiv beneficiar, profesioniștii, furnizorii de servicii;
- Dezbateră progreselor cu beneficiarul și compararea acestora cu așteptările consemnate în **PII**;
- Organizarea și coordonarea întâlnirilor de lucru ale echipei;
- Pastrarea documentației relevante în legătură cu toate activitățile monitorizate, inclusiv a rapoartelor scrise solicitate profesioniștilor responsabili sau implicați în implementarea **PII**.

În continuare sunt redate câteva aspecte de reținut atunci când se monitorizează progresele în implementarea **PII**:

- Managerul de caz trebuie să mențină legătura cu membrii echipei în mod permanent (nu numai cu ocazia întâlnirilor de lucru) pentru a se asigura că **PII** funcționează și că profesioniștii fac ceea ce s-au angajat a face.
- Trebuie să se discute cu toți aceia care au informații importante pentru caz, având în acest sens acordul beneficiarului și cu respectarea confidențialității.

- Pentru a evita situațiile de criza este util să existe un contact permanent cu beneficiarul. Astfel pot fi identificate cu acuitate problemele clienților instituției.
- Dacă profesioniștii nu își realizează sarcinile sau nu respectă termenele stabilite, responsabilul de caz ar trebui să identifice barierele și să ajute la depășirea lor.
- În situațiile de regres sau eșec a implementării **PII**, profesioniștii nu trebuie să se descurajeze, iar beneficiarul trebuie ajutat să vadă acest lucru ca pe o experiență valoroasă.
- Scopul se „împarte” în obiective mici, astfel încât cuplul beneficiarul să obțină succese. Un scop inițial prea mare poate fi atât de copleșitor încât beneficiarul să renunțe. Fiecare obiectiv trebuie să fie realist, realizabil și măsurabil.

5.2. Planul de intervenție pentru persoanele cu dizabilități

Planul individualizat de intervenție (plan individualizat de servicii sociale, plan individual de îngrijire) reprezintă una din principale atribuții ale managerului de caz. Planul de intervenție personalizat cuprinde serviciile care trebuie acordate unei persoane cu handicap în vederea respectării drepturilor și libertăților fundamentale, asigurării unei vieți normale, cât mai apropiate cea a celorlalți membrii ai comunității. Realizarea acestor finalități generale presupune activități și servicii orientate spre reducerea dezavantajelor date de deficiența, atenuarea și compensarea consecințelor acesteia, vizând: îngrijiri corespunzătoare, cu satisfacția beneficiarului; reducerea dependenței; sprijinirea autonomiei și a unei vieți independente.

Autonomie înseamnă: capacitatea/ abilitatea : de a-și satisface singur nevoile de bază, independența față de contextul și dirijarea permanentă de către precum și conștientizarea acestei capacități.

Viața independentă reprezintă modul de trai zilnic al persoanei care realizează ea însăși serviciile vieții de zi cu zi, inclusiv satisfacerea nevoii de relaționare cu ceilalți și a posibilității de a se descurca singură în plan financiar.

În legislație este definită noțiunea de dependență. Prin dependență se înțelege situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.

Câștigarea treptată a autonomiei și independenței unei persoane cu handicap presupune nu numai o anumită calitate a vieții și îngrijirilor ci în primul rând recuperate/reabilitare.

Conceptul de recuperare/reabilitare este definit drept procesul destinat să dea posibilitatea persoanelor cu handicap să ajungă la și să-și păstreze nivele funcționale, fizice, senzoriale, intelectuale, psihiatrice și/sau sociale, optime, furnizându-le acestora mijloacele pentru a le schimba viața în direcția obținerii unui mai mare grad de independență. Procesul de recuperare include o paletă largă de măsuri și activități de la cele de bază și generale, la activități cu scop bine definit, de exemplu, reorientarea profesională.

Managerul de caz este persoana, care conștientizează aceste finalități generale spre care se orientează serviciile sociale, în societatea modernă pe baza filosofiei sociale a drepturilor omului (care depășește conceptul tradițional de îngrijire, care solicita mai ales sprijin medical).

Specificul demersului orientat spre stabilirea nevoilor de sprijin și elaborarea PII.

Elaborarea proiectului de intervenție personalizat este rezultatul unui proces complex bazat pe:

- valorificarea informațiilor privind deficiența, dezavantajele/handicapul și trebuințele/nevoile speciale ale persoanei;
- un demers specific realizat cu o metodologie distinctă pentru stabilirea nevoilor de sprijin ale persoanei cu handicap, stabilirea obiectivelor operaționale specifice și selecția serviciilor sociale necesare.

Atât conceptul de nevoi de sprijin/ suport și Proiectul individualizat de intervenție marchează un nou model, denumit competențial, de abordare a problemelor persoanei cu handicap și de soluționare a acestora. Este important pentru managerul de caz, ca și pentru toți lucrătorii sociali să conștientizeze faptul că **evaluarea nevoilor de sprijin** este un proces distinct de evaluarea persoanei cu handicap și a trebuințelor/nevoilor sale speciale, finalizat cu informații distincte indispensabile stabilirii serviciilor și **PII** –ului.

Evaluarea persoanei cu handicap realizată de medic, psiholog, asistent social, conduce la descrierea afectărilor, deficiențelor și consecințelor acestora în deferite sectoare și paliere ale vieții psihice și la identificarea trebuințelor/nevoilor speciale ale persoanei cu handicap. Persoane cu handicap are același trebuințe ca orice ființă umană; de hrană, de dragoste, de apartenență la un grup, de recunoaștere a valorii a ceea ce face, de activități atractive, de înțelegere, de evitare și înlăturarea a durerii, răului, situației primejdioase de ordine, de sex, de informație ș.a. Trebuințele persoanei cu handicap devin speciale dacă ele nu sunt satisfăcute la fel cu cele ale celorlalți membri ai

comunității datorita deficienței, factorilor personali și a celor care țin de mediul fizic, social și atitudinal. Deci evaluarea persoanei cu handicap și a nevoilor sale speciale se încadrează într-o descriere a persoanei, a ceea ce nu poate face în raport cu alții, a dezavantajelor pe care le are. Stabilirea serviciilor sociale, orientate spre finalitățile generale se poate realiza în condițiile stabilirii nevoilor de sprijin/suport.

Trebuințele persoanei cu handicap legate de satisfacerea nevoilor de bază, de desfășurarea activităților psihice (de comunicare, joc, muncă, învățare, creație) și de participare la toate domeniile vieții normale viața în propria casă, educație, viață activă/activitatea profesională, devin **speciale** dacă în mediu nu există sprijin corespunzător. Ele solicita demersuri speciale **în mediul familial, în educație, în muncă și în domeniul timpului liber**, pentru asigurarea participării depline și egalității în drepturi. Fiecare **nevoie specială** a persoanei cu handicap se corelează cu o nevoie sau un evantai de nevoi de sprijin (suport).

Nevoia de sprijin/suport se referă la intervenția socială. Ea este o cerință adresată societății, comunității. Nevoile de sprijin se referă la sprijinul (suportul) de care are nevoie o persoană cu handicap pentru a duce o viață normală la fel cu ceilalți membri ai comunității. Identificarea și evaluarea nevoilor de sprijin ale unei persoane este altceva decât evaluarea sectorială și complexă pentru stabilirea handicapului și a gradului de handicap (deși ia în considerare evaluările comisiei și dosarul persoanei). O persoană cu handicap sever poate avea nevoie de puțin sprijin. Dacă societatea identifică nevoile de sprijin și realizează suportul necesar pentru fiecare persoană, prin diferite tipuri de servicii, se respectă drepturile fundamentale ale omului. În cele mai multe cazuri persoanele cu handicap nu pot atinge un nivel superior de autonomie și independență și nu se pot integra datorită nu atât deficienței lor, cât barierelor existente în societate, care sunt ridicate/înlăturate prin serviciile de sprijin în urma identificării nevoilor de sprijin.

Managerul de caz va colabora cu echipă interdisciplinară pentru a cunoaște rezultatele evaluărilor sectoriale privind persoana cu handicap și trebuințele/nevoile sale speciale, dar va întreprinde și conduce demersuri specifice pentru identificarea nevoilor de sprijin și a serviciilor care le vor satisface. În acest proces trebuie ținut cont de faptul că:

- persoană cu același tip și grad de handicap poate avea nevoi de sprijin cu rolul diferite de cele ale unei persoane de aceeași vârstă, sex, grad și tip de handicap. De exemplu, o persoană în fotoliu cu roțile locuind singură la etajul patru al unui bloc are nevoie de mult mai mult sprijin pentru a ieși în comunitate și pentru a comunica cu ceilalți decât o persoană cu aceeași deficiență, care locuiește la o casa cu curte, într-o familie numeroasă și grijulie;

- Stabilirea nevoilor de sprijin în favoarea autonomiei și integrării sociale a persoanei cu handicap, are nevoie de identificarea a ceea ce poate face persoana cu handicap și a zonelor de progres și dezvoltare (de exemplu ce deprinderi noi își poate forma);

Metodologia evaluării nevoilor de sprijin

Metodele utilizate și problemele rezolvate. Evaluarea nevoilor de sprijin solicită alte strategii și metode. Sunt deosebit de importante: metoda observației – cunoașterea directă, apropiată, caldă, omenească a persoanei respective și a contextului real, concret în care trăiește ; conversația și interviul pentru a cunoaște de la membrii familiei și de la rude, de la vecini, de la persoanele importante în viața persoanei cu handicap, sprijinul de care are nevoie; brainstorming-ul realizat atât în echipă cât și împreună cu persoana cu handicap și cei apropiați ei pentru a identifica cât mai bine nevoile de sprijin și pentru a stabili priorități.

Identificarea nevoilor de sprijin trebuie să respecte câteva condiții fundamentale:

- să fie centrată pe persoana respectivă, pe comportamentul său, cu respectarea drepturilor, concepțiilor sale și cu înțelegerea situație concrete în care se află; această cunoaștere se referă la comportamentele și manifestările persoanei în viața de zi cu zi, în baza educației, formării anterioare și a altor factori.
- să cunoască spațiul fizic, concret trăiește persoana, inclusiv locurilor în care trebuie să ajungă pentru a avea o participare deplină (școală, loc de muncă, grădiniță publică, sală de spectacole, etc.) și/sau pentru a-și obține drepturile (primărie) precum și traseele respective și situația mijloacelor de transport;
- persoana cu handicap și contextul în care trăiește trebuie privite și abordate din diferite perspective; explorarea din diferite puncte de vedere, descoperă aspecte ascunse mai puțin vizibile, dar importante pentru calitatea vieții persoanei cu handicap.
- să cunoască atitudinile și mentalitățile celor din jur;
- să ia în considerare faptul că persoana cu handicap se schimbă și face progrese;
- să implice persoana cu handicap și familia sa, în calitate de parteneri, în procesul real de stabilire a nevoii de sprijin;

- să asigure persoanei cu handicap posibilitatea de a **opta**; chiar și persoana cu handicap sever și profund, poate opta în ceea ce privește de zi cu zi (de exemplu, alege un fel de mâncare);
- să țină cont de ceea ce poate **face și de ceea ce poate deveni în viitor** persoana respectivă;
- să țină cont de **principiul normalizării**; identificarea nevoilor de sprijin conduce la conturarea mai multor categorii de servicii li alternative. Opțiunea pentru alternativă, prioritatea unei alternative trebuie acordată din perspectiva vieții normale. De exemplu, pentru o persoană cu depresie încercăm soluții bazate pe universul vieții normale, încercăm întâi ca sprijin crearea unui cerc de prieteni, participarea la activitățile unui club de zi, neîncepând cu psihoterapia. Nu uităm că afecțiunea este cea mai ieftină resursă.
- sprijinul propus trebuie să fie **realist**, să presupună un **pas mic**, dar important pentru calitatea vieții persoanei respective.
- să definească obiective clare, centrate pe rezultate, adică pe schimbările așteptate în urma acordării sprijinului/suportului.

Identificarea nevoilor de suport se realizează ulterior evaluării complexe medico- psiho - sociale.

Cu ce se începe? Echipa de evaluare a nevoilor de sprijin se relaționează cu persoana cu handicap, încercând să o cunoască în diferite contexte ale vieții de zi cu zi din care să desprindă nivelul de dependență al persoanei. Se pune întrebarea de ce nu se începe cu citirea și înțelegerea dosarului persoanei în cauză, dosar pe care acesta îl are la dispoziție. Debutul activității cu întâlnirea, cu persoana, cazul practic, real este important întrucât : concluziile existente în dosar pot influența echipa; o serie de caracterizări pot să nu fie la zi; la unele persoane cu handicap se evidențiază în perioada scurte de timp progrese semnificative; sprijinul trebuie acordat în funcție de contextul concret în care trăiește persoana.

Ce este esențial în abordarea persoanei? Pentru conturarea tabloului și a nevoilor de sprijin esențială este **abordarea pozitivă a persoanei cu handicap**, evidențiere a ceea ce ea poate efectiv să facă, a comportamentelor pozitive, a **punctelor forte**, a ceea ce este considerat util și bun în acest demers. Este important să se releve ceea ce cunoaște exact persoana, lucrurile, activitățile pe care le realizează pe deplin și în ce condiții, ceea ce poate face el însuși în mod obișnuit, ceea ce îi place să facă, ceea ce

îndrăznește să facă. Aspectele domeniului afectiv sunt de asemenea importante. În acest sens se va releva modul de relaționare în care mai mare parte a timpului, persoanele cu care-i place să se relaționeze în mod de relaționare în cea mai mare parte a timpului, persoanele cu care-i place să se relaționeze în mod deosebit, situațiile în care se simte bine, ceea ce alege din mai multe alternative, așteptările pe care le are, ceea ce iubește, etc. Atunci când persoana se abordează pozitiv, trec în plan doi, ceea ce nu poate să facă, coeficientul de inteligență, cunoștințele și experiențele pe care nu le are, incapacitățile provocate de deficiență sau de educație, inconvenientele pe care le aduce altora prin faptul că se deplasează greu, are un comportament dificil sau o vorbire neclară.

Abordarea pozitivă înseamnă orientare spre viitor.

De la cine se colectează informația? În primul rând din propriile observații ale membrilor echipei care colaborează pentru desprinderea relației: grad de dependență – nivel și tip de sprijin. Conversația, interviul cu **persoana cu handicap însăși**, implicarea și motivarea acesteia pentru **alegerea** celui mai potrivit suport este esențială. Informațiile se obțin și de la familie, educatori, de la vecini, prietenii de joacă, de școală, de la personalul din instituții, de la instructori de educație, de la profesori și diriginte, de la profesioniștii care cunosc copilul sau adultul (medicul de familie, psihologul, kinetoterapeutul ș.a.).

Ancheta socială este realizată pentru a plasa persoana în mediul real și a reduce abilitățile acesteia în contextul obișnuit de viață. Cunoașterea și interpretarea informațiilor oferite de dosar este confruntată cu informațiile obținute de la categoriile de persoane enumerate, după caz.

Principalele tipuri de informații. Informațiile vizează ceea ce poate face persoana și aspectele pozitive ale informațiilor și comportamentelor (pe domeniile cognitiv, afectiv și psihomotor). Informațiile despre mediu se referă la descrierea concretă a locuinței, a împrejurimilor, a mijloacelor de transport, a instituțiilor educaționale, publice, care asigură loisit-ul, a căilor de acces și a mijloacelor de transport. Este importantă relevarea facilitatorilor și barierelor existente.

Nu de mai mică importanță este relevarea factorilor atitudinali în mediul mai larg și descrierea cercului de prieteni și a persoanelor cu care se relaționează.

Cantitatea de informații. Cantitatea de informații se cere astfel stabilită încât evaluatorii să nu aibă nevoie de un timp prea îndelungat pentru a o prelucra și interpreta, dacă pot stabili cu o cantitate mai mică de informații nevoile de suport.

Demersul orientat spre elaborarea și dezvoltarea

Planului Individualizat de Intervenție

Managerul de caz colaborează cu echipa interdisciplinară pentru evaluarea nevoilor de suport ale beneficiatului. Pentru o bună parte a nevoilor de suport este necesară utilizarea unor scale de suport care ierarhizează comportamentele persoanei cu handicap în diferite arii. Bifarea poziției/ comportamentului pe scală indică și direcția și obiectivul următor care trebuie atins prin acordarea sprijinului și anumitor servicii. În stabilirea nevoilor de suport se pot utiliza diferite scale, precum: Scala de suport și îngrijire SOS sau Scala pentru evaluarea nevoilor de sprijin (S.E.N.S.)- dar o parte din nevoile de sprijin (precum protejarea) pot fi stabilite direct de specialiști (în cazul nostru medic).

- *Obiectivele Planului Individualizat de Intervenție*

Definirea obiectivelor **PII** reprezintă o atribuție esențială a managerului de caz. Obiectivele operaționale ale **PII** centrate pe modificarea / dezvoltarea comportamentele observabile ale persoanei cu handicap sunt esențiale atât pentru stabilirea serviciilor cât și pentru comunicarea între manager, specialiști, persoana cu handicap și familie și implicarea acestora în implementarea **PII**.

Cum se definesc obiectivele? Definirea obiectivelor presupune în prealabil o dezbatere largă privind nevoia de suport cu toți cei apropiați persoanei cu handicap și cu persoana însăși. Persoana însăși își va alege din mai multe alternative pe cea care îi este cea mai potrivită. Uneori ceea ce consideră echipa de evaluatori că este bine pentru persoana cu handicap poate să nu fie ușor acceptat de către acesta; dar asentimentul persoanei este indispensabil.

Obiectivele se stabilesc și se definesc în așa fel încât să rezulte schimbările de comportament care se așteaptă de la persoana cu handicap, cu precizarea condițiilor și suportului necesar și a progreselor, performanțelor minim acceptabile. Termenul de performanță este identic cu cel din CIF-2, referindu-se la ceea ce persoana face realmente. Obiectivele trebuie să respecte cele cinci condiții ale operaționalizării obiectivelor (smart), stabilite de știința managementului, adică să fie: specifice (să descrie schimbarea specifică de comportament pe un domeniu distinct, de exemplu al mobilității); observabile și măsurabile; acumulabile) să vizeze rezultatul exact, cât de mic ce se poate obține; realiste (să fie rezonabile și posibil de realizat în practică); să fie încadrate în timp.

- *Stabilirea serviciilor de sprijin*

Toate demersurile anterioare converg spre stabilirea serviciilor de sprijin. Pe baza luării în considerare și interpretării tuturor informațiilor de către managerul de caz și echipa interdisciplinara se confrunta nevoile de sprijin cu lista serviciilor sociale de sprijin și se bifează serviciile necesare. Beneficiatul are libertatea alegerii și consemnează prin semnătura aceasta. Unele servicii detaliate prin prezentarea activităților subsumate. De aceea înainte de găsirea furnizorilor de servicii se cer completate fișe precum cele prezentate în.

Pentru fiecare serviciu se cor identifica furnizorii de servicii. Întrucât sunt servicii care trebuie acordate de familie sau pot fi susținute de către comunitate (voluntari, biserică și altele) sau din asigurări private și sprijinul financiar al sponsorilor, toate acestea trebuie identificate pentru ca persoana cu handicap să beneficieze de cât mai multe servicii necesare.

Model de Plan individualizat de intervenție:

I. Stabilirea nevoilor de sprijin

I.1. Finalități:

I.1.1. Identificarea sprijinului de care are nevoie o persoană cu handicap în vederea:

- asigurării activității (în familie, în jurul casei. La un loc de muncă) și participării sale (la activitățile familiei, comunității, la activitățile de timp liber);
- exercitării rolurilor pe care le au persoanele de aceeași vârstă, sex, din aceeași comunitate;
- asigurarea calității vieții persoanei cu handicap cât mai aproape de cea a semenilor din jur, cu satisfacția sprijinului oferit.

I.1. 2. Stabilirea finalităților Planului de intervenție individualizat.

I.2. Principii, norme

I.2.1 Principiile, referitoare la demnitatea persoanei cu handicap din legislația drepturilor omului, internă și externă. Raportarea la Standardele privind Realizarea Șanselor pentru Persoanele cu Handicap.

I.2.2. Evaluarea nevoilor de sprijin reprezintă un alt proces decât evaluarea persoanei cu handicap (de care ține însă cont) și se realizează cu metode și instrumente specifice.

I.2.3. Evaluarea nevoilor de sprijin în vederea stabilirii programului individual de recuperare/reabilitare și integrare socială se realizează numai în condițiile evidențierii abilităților/competențelor (ceea ce poate face persoana) și a posibilităților de progres.

I.2.4. Opinia/părerăa persoanei cu handicap și a familiei lui este esențială în stabilirea nevoilor de sprijin.

Etape:

1. Cunoașterea identității persoanei cu handicap (vârsta, sex, educație, anamneză, venituri, încadrarea în tipul și gradul de handicap, ș.a.) și a mediului familial, fizic, social și atitudinal.
2. Activitate de cunoaștere a comportamentelor persoanei, a activității și participării acesteia în diferite arii și contexte ale vieții de zi cu zi ale acesteia. Pentru sistematizarea informațiilor obținute se poate utiliza lista consacrată a capacităților adaptative esențiale : „deprinderi de viață cotidiene necesare pentru a trăi, munci și a se manifesta/juca în comunitate”:
 - comunicarea;
 - autoîngrijire;
 - funcționarea mediu casnic;
 - deprinderi sociale;
 - sănătatea și siguranță;
 - autoconducere (urmărirea unui plan, menținerea activității pînă la finalizare);
 - cunoștințe funcționale (scriere, citire, matematică funcțională);
 - utilizarea comunității (mijloace de transport, magazine) și muncă (menținerea și obținerea unui loc de muncă);
 - independența economică.

Metode utilizate: observație participativă, conversație, interviu, activitate provocată ș.a.
Pentru fiecare arie se vor releva:

- capacitățile adaptative cu limitări substanțiale în funcționarea prezentă;
- înalte capacități adaptative și competențe personale;
- posibilitățile de progres/ capacitățile și competențele care pot fi dezvoltate.
- Completarea scalei de suport și îngrijire.
- Studierea rezultatelor evaluării complexe, medicale, psihologice și medicale realizată de profesioniști (terapeut, medic, psiholog, asistent social).
- Interpretarea rezultatelor / poziționării pe scala de suport prin prisma datelor/ informațiilor obținute în etapele 1,2, și 4.
- Rearanjarea pozițiilor obținute pe scala de suport pentru a evidenția punctele forte/ abilitățile persoanei.
- Inventarierea altor factori care pot influența decizia în ceea ce privește finalitățile programului individualizat de servicii: vârsta, componența familiei, nivelul de școlarizare, propriul plan de viitor, absența unor boli cronice.
- Stabilirea finalităților Planului de Intervenție Personalizat:
 - definirea finalităților;
 - negocierea cu persoana cu handicap și acordul acesteia;
 - negocierea cu familia.

Finalitățile se definesc în termenii schimbărilor așteptate în activitatea, participarea și calitatea vieții persoanei cu handicap.

II. *Stabilirea* Planului de Intervenție Individualizat

II.1 . Propunerea intervențiilor și serviciilor necesare pentru persoana respectivă.

- Serviciile trebuie să se potrivească cu nevoile evidențiate.

- Serviciile trebuie să se potrivească cu finalitățile fixate

În etapa II.1 se inventariază întregul pachet de intervenții și servicii, care acoperă finalitățile și răspund solicitărilor și preferințelor beneficiarului.

II.2. Evaluarea serviciilor propuse, de echipă multidisciplinară, împreună cu persoana cu handicap și familia acestuia. Stabilirea priorităților în ceea ce privește serviciile.

II.3 . Definitivarea serviciilor propuse pentru persoana respectivă, pentru a fi realizată în perioada următoare, într-un interval stabilit în echipă.

Exemplu: pentru persoana PV, s-au obținut următoarele poziții în scala de suport rearanjată. Prin parcurgerea etapelor s-a stabilit că PV are nevoie de servicii de bază: ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare-dezbrăcare, igiena eliminărilor, efectuare de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloace de transport, deplasare în comunitate. Dat fiind nivelul său de școlarizare, vârsta de sub 30 de ani, QI – ul ridicat, s-a considerat că este nevoie de sprijin și suport pentru integrarea și reorientarea profesională și/sau găsirea unui loc de muncă. Medicul hotărăște dacă are nevoie de masaj și kînetoterapie. O altă persoană, cu aceleași poziții pe scala S.O.S., în vârsta de 65 de ani, fără familie, are nevoie și de suport în comunicare, deci de un serviciu într-un centru de zi pentru persoane vârstnice.

III. Planul de intervenție individualizat

III.1. Finalitățile programului (Obiective generale și obiective particulare)

III.2. Tipologia/ Lista serviciilor necesare.

III.3. Frecvența săptămînală și durata zilnică a spriginului/participării la fiecare intervenție/serviciu propus pentru realizarea finalităților.

III.4. Actorii sociali și profesioniștii implicați pentru fiecare intervenție/serviciu în parte.

III.5. Mediul/instituția în care se acordă fiecare serviciu și locul.

III.6 Activități necesare pentru accesarea/facilitarea serviciilor.

III.6.1. Activitatea cu persoana cu handicap.

III.6.2. Activitatea cu familia.

III.6.3. Activitatea cu comunitatea locală (asigurarea accesului, transportului).

III.6.4. Activitatea cu profesioniștii implicați în prestarea serviciilor (acceptarea beneficiarului, planificarea convenabilă a activităților, modalitățile de comunicare și contactare).

III.6.5. Activitatea cu instituțiile statului (crearea de noi servicii, asigurarea drepturilor ș.a.).

IV. Implementarea programului

IV.1. Definierea operațională a obiectivelor fiecărei intervenții/serviciu (îngrijire terapie tulburărilor de limbaj, consiliere) realizată de fiecare profesionist care lucrează cu persoana.

IV.2. Stabilirea resurselor (materiale, financiare, umane și informaționale necesare) pentru fiecare serviciu în parte.

IV.3. Stabilirea conținutului, formelor de organizare, metodelor și mijloacelor de intervenție realizată de fiecare profesionist/actor social.

IV.4. Desfășurarea activităților conform planificării din program.

IV.5. Monitorizarea activităților de sprigin.

IV.6. Evaluarea rezultatelor (competențele dobândite de persoana cu handicap în raport cu competențele așteptate) la fiecare serviciu în parte.

IV.7. Propuneri.

5.3. Recomandări pentru inițierea procesului de terapie ocupațională centrată pe persoanele cu dizabilități.

Desfășurarea procesului de terapie ocupațională centrată pe persoanele cu dizabilități se compune din intervenția specialistului în **trei domenii fundamentale**:

- formarea deprinderilor de viața cotidiană;

- cultivarea capacităților de muncă
- educarea abilităților pentru jocuri și altor modalități de petrecere a timpului liber.

Prin activitatea organizate în cadrul celor trei domenii fundamentate de acțiuni se urmărește dezvoltarea personalității sub aspect senzorio-motor, cognitiv și psihosocial. Handicapurile determină instaurarea unor deficite în funcționarea personalității, fapt ce necesită intervenția prin metodele terapiei ocupaționale, în vederea restabilirii nivelului maxim posibil de funcționare al individului.

Cu privire la acest aspect Emil Verza arată ca „terapiile ocupaționale sunt de mai multe feluri, dar pentru handicapați, cele mai semnificative se referă la ludoterapie, muzico-terapie, terapia prin dans și ergoterapie”.

Terapie ocupaționale pentru handicapați (după E.Verza):

- **Ludoterapie;**
- **Meloterapia ;**
- **Terapia prin dans;**
- **Ergoterapia.**

Rezultă de aici ca, desfășurarea procesului terapie ocupațională are un specific aparte. În cazul organizării unor activități de recuperare pe plan educațional, terapeutul ocupațional trebuie să îndeplinească o multitudine de roluri, care depind, cu precădere, de tipul de instituție în care se lucrează și de categoria de deficienți cărora se adresează.

În grădinițe, școli speciale și centre de zi, educatorul sau terapeutul care are ca obiect de activitate disciplinele de terapie ocupațională, trebuie să stabilească o relație permanentă cu ceilalți specialiști din instituție: psihodiagnosticieni, logopezi, profesori de cultura fizică medicală și asistenți sociali. Acestea sunt necesare deoarece el contribuie prin activitate pe care le desfășoară, la realizarea unor obiective de recuperare, comune cu ale altor specialiști. De exemplu, prin activitățile de abilitare manuală organizate, el contribuie concomitent la dezvoltarea motricității copilului, aspect ce se află în sarcina permanentă a profesorului de cultura fizică medicală și logopedului. De asemenea, prin proiectarea activităților de viața cotidiană, contribuie, în mod nemijlocit, la stimularea comunicării și personalității în ansamblu, element ce se află în atenția logopedului și psihologului școlar.

Din păcate în țara noastră, în unele situații, nivelul exercitării diverselor roluri ce revin specialiștilor, care realizează activități de terapie ocupațională, este limitat la condițiile materiale precare din diferite tipuri de instituții. Cu toatele ameliorările apărute în perioada de tranziție, se mai simte încă, o nevoie acută de spații adecvate și de desfășurarea unor activități de terapie ocupațională de calitate. Prezența acestor aspecte negative, la care se adaugă lipsa personalului calificat în domeniu, diminuează calitățile procesului de recuperare din instituții.

Organizarea procesului de terapie ocupațională trebuie să țină seama de tipul handicapului căruia i se adresează sau, cu alte cuvinte, categoriei de cerințe speciale ce trebuie satisfăcute.

Domenii de acțiune în funcție de handicap. Pentru organizarea unor procedee de recuperare eficiente, terapeutul educator sau profesor, trebuie să cunoască, în primul rând principalele caracteristici ale mediului de viață în care copilul urmează să trăiască.

Diversele solicitări ale mediului fizic, social sau cultural impun terapeutului depășirea anumitor bariere sau obstacole care se diferențiază în primul rând după tipul de handicap al copilului. Astfel în cazul handicapărilor mentale, se pune în primul rând, problema integrării lor în societate prin formarea unor deprinderi de viața cotidiană adecvate. Nivelul performanțelor, obținut în cadrul deprinderilor respective, depinde la rândul său de profunzimea întârzierii lor mentale.

La handicapății senzoriale, intimitatea este deținută de formarea deprinderilor implicate în creșterea autonomiei personale. Aceasta se realizează prin dezvoltarea comunicării, mobilității și orientării spațiale.

La handicapății fizice, mai ales la cei cu handicap dobândit în urma unor accidente, se pune problema depășirii unor traume psihice apărute în urma izolării prelungite prin activități de socializare la nivelul grupelor de elevi. Handicapați fizici congenitali trebuie familiarizați cu folosirea unor proteze, dispozitive de mers, echipamente adaptate, care să le asigure integrarea corespunzătoare în societate. La toate categoriile de copii handicapați, deosebit de importante, sunt activitățile de muncă, selectate riguros, în așa fel încât să contribuie decisiv la viitoarea lor maturizare vocațională și profesională.

În afară de această, o importantă deosebită prezenta organizarea unor activități recreative, în funcție de posibilitatea copilului. Terapeutul sau educatorul trebuie să acorde o atenție diferențiată, în vederea inițierii unor activități de petrecere a timpului liber, în acord cu tipul deficienței copilului cu care lucrează. Spre exemplu, în cazul activităților ludice cu copii handicapați mental care, „nu știu să se joace”, ei să vor ocupa

în principal, de organizarea și conducerea directă a jocului acestora. Dacă lucrează cu handicapații senzoriali sau fizic, preocuparea lor principală se va lega de selecționarea celor mai potrivite activități pentru copii în care ei vor putea realiza succese, care să contribuie la redarea încrederii în propriile capacități și obținerea performanțe superioare.

De o deosebită importanță este problema selecționării echipamentului, care solicită specialiștilor un efort substanțial de imaginație, în vederea proiectării unor dispozitive și mijloace adaptate nevoilor copilului. Fiecare copil cu dizabilități posedă anumite nevoi individuale, care trebuie stabilite înainte adaptării sau construirii echipament adecvat.

Specialiștii recomandă, în acest sens, o mare varietate de echipamente ce se pot folosi în activitatea cu copii handicapați fizic, senzorial sau mintal. În țara noastră, în condițiile imposibilității procurării acestuia pe cale comercială, recomandăm confecționarea echipamentelor adaptate de către educator, ținând seama de obiectivele programei de terapie complexă și integrată, ce le este destinată. În cazul existenței unor materiale similare în comerț este necesar să se ia considerație costul materialului și timpul necesar confecționării acestuia.

Selecționarea echipamentelor, în viziunea lui Willard și Hopkins, este necesar să se facă, în primul rând, după nevoile subiectului, luându-se în considerație și alte aspecte care țin de caracteristicile fizice, de materialul din care sunt confecționate, care se referă la greutate, flexibilitate, culoare și posibilitatea de adaptare pentru subiecți. În general adaptările de mijloace și dispozitive pentru activitate este util să se realizeze cu materiale durabile, în condițiile unei folosiri intensive și îndelungate.

În cazul copiilor handicapați, Hopkins recomandă construirea de dispozitive adaptate atunci când se constată, în primul rând deficiențe în coordonarea mișcărilor sau a capacității de a apuca și a strânge. De aceea, arată autorul respectiv, unul din primele lucruri pe care terapeutul ocupațional trebuie să le realizeze, se referă la analiza mișcărilor de sarcină. În funcție de performanțele persoanei implicate în realizarea ei. În acest fel educatorul va putea evalua limitele fizice ale copilului, stabilind tipul de echipament adaptat, necesar.

Astfel de echipamente adaptate pot consta, spre exemple, dintr-un prelungitor pentru creion, sub forma unui burete sau a unei mingi, în cazul în care copilul prezintă tulburări de motricitate fină.

Pentru copii cu tulburări de motricitate mai mare se poate instala un mâner de lemn suplimentar, care să-i poată ajuta la apucarea obiectelor din jur, cum sunt de exemplu tacâmurile, în cadrul activităților de autoservire.

În cazul copiilor cu dificultăți de coordonare a mișcărilor, se recomandă înlocuirea nasturilor de la haine cu arici sau capse, iar în cazul pantofilor se poate înlocui șireturile cu cataramă.

Toate aceste schimbări sunt menite, să ajute copilul să realizeze cu succes anumite activități de autoîngrijire și să-i redea încrederea în posibilitate sale de acțiune.

În sfârșit, în cazul copiilor hiperkinetici, caracterizați printr-o permanentă agitație psihomotorie, indiferent de tipul handicapului acestora, se recomandă protejarea acestora pe parcursul activităților cu caști, spre a se evita posibile accidente.

La toate categoriile de copii handicapați, proiectarea activităților trebuie să țină seama de specificul vârstei acestora, peste care a se suprapun caracteristicile derivate din tipul de deficiență.

Proiectarea programelor în funcție de vârstă. În acest sens, programele de terapie ocupațională, este util să se structureze în mod adecvat stadiilor de vârstă în care se află subiecții cărora li se adresează.

Astfel, în **perioada preșcolară**, se recomandă să se acorde o atenție deosebită următoarelor aspecte legate de:

- evaluarea primară și stimularea dezvoltării funcțiilor și proceselor psihice aflate în curs de materializare la copil;
- utilizarea activităților ludice pentru stimularea personalității copilului, în ansamblul său;
- formarea unei imagini de sine adecvate și stimularea motivației pentru diverse activități formative.

În **mica școlaritate** se va continua evaluarea permanentă a performanțelor copilului, urmata de stimularea permanentă a dezvoltării sale. O atenție deosebită va trebui acordată plasării copilului într-un mediu corespunzător capacităților sale cognitive și tipului său de handicap.

Activitatea terapeutului ocupațional se va axa, în principal, pe aspecte legate de :

- îmbunătățirea motricității fine și generale, accentul punându-se pe formarea unui comportament motric adaptat esențial în acesta perioadă de vârstă;

- formarea unor deprinderi de viața cotidiană, care să asigure integrarea adecvată în mediul existențial;
- stimularea dezvoltării cognitive în ansamblul său.

În **perioada adolescenței** accentual este indicat să se deplaseze către evaluarea capacităților de profesionalizare ale individului. Se va acorda o atenție deosebită organizării unor activități implicate în șlefuirea deprinderilor de viața cotidiană și legate de o corectă educație sexuală, fără falsa pudoare.

La **vârsta adultă** principale preocupări ale terapeutului se vor centra, în principal, pe structurarea deprinderilor necesare unei existențe integrate în comunitate, cu accent pe formarea unui comportament social adecvat, bazat pe responsabilități și corectă gestionare a bugetului propriu. Se vor dezvolta deprinderi și capacitățile implicate în autogospodărirea eficientă și pregătirea pentru căsătorie și viața de familie.

În cele din urmă, în **cazul bătrâneții**, când are loc regresia funcțiilor și proceselor psihice ale persoane, terapeutul trebuie să acționeze, cu precădere în vederea refacerii de structurării deprinderilor și capacităților individului și menținerii, pe cât mai mult timp posibil, a unui nivel optim de funcționare ale acestora.

Alegerea procedurilor. Fundamentală pentru alegerea celei mai bune proceduri de recuperare prin activitate, este, în viziunea lui S.Ionescu, problematica specifică a subiectului, ceea ce implică, în primul rând, „*cunoașterea aprofundată a cazului și a evoluției sale anterioare*”. Apoi pe parcursul procesului terapeutic, prezintă important „*adaptarea la evoluția subiectului care determină schimbări în abordarea și utilizarea tehnicilor disponibile*”.

Un alt aspect ce influențează decisiv intervenția terapeutică, se referă la calitatea evaluării întregului proces. Tot din perspectiva comună pentru toate categoriile de handicapați, se mai pune problema inițierii unei bune colaborări cu familiile acestora. Pentru rezolvarea cu succes a acestei probleme, educatorul, transformat în terapeut ocupațional, trebuie să devină un bun consilier al familiei. Obiectivul fundamental al activității sale de consilier, constă în oferirea de sfaturi în vederea integrării corespunzătoare a persoanei în comunitate. Pentru atingerea acestui obiectiv este recomandabil ca asistentul social (ergoterapeutul, managerul de caz) să analizeze, în profunzime, mediul familial și social în care se dezvoltă copilul, după care să stabilească care sunt deprinderi prioritare de adaptare solicitate. În continuare, el poate recomanda executarea unor exerciții specifice necesare consolidării deprinderilor respective și stabilirii perioadei de timp necesare desfășurării acestora. Activitățile prescrise, sub forma

de exerciții, se pot desfășura acasă, cu sprijinul familiei sau cu alte categorii de persoane din medii sociale cu care persoana vine în contact.

În multe țări dezvoltate ale lumii există și alte alternative instituționale ce permit desfășurarea activităților recuperatorii, în exteriorul instituțiilor. Din rândul acestora, cele mai reprezentative sunt **centrele de zi, atelierile protejate și comunitățile sau satele pentru handicapați.**

Ținând seama de condițiile de țară noastră, soluțiile care pot fi adoptate pentru realizarea unor activități semnificative pentru consolidarea deprinderilor persoanei, care constau în includerea acestuia în activități prelungite și individualizate, în cadrul serviciilor sociale și atragerea cooperării unui număr cât mai mare de specialiști în realizarea lor într-o viziune interdisciplinară.

În concluzie, apreciem că, în momentul de față, în țara noastră, asistăm la o creștere a importanței rolului pe care îl dețin procedurile de terapie ocupațională în recuperarea persoanelor cu dizabilități. Suntem convinși că, în ciuda unor dificultăți materiale trecătoare, datorită deschiderii realizate prin noile reglementări legale, recent adoptate, care semnifica, în același timp, și orientarea către o nouă strategie în domeniul educației speciale, țara noastră va pătrunde, în curând, în categoria țărilor avansate în domeniul utilizării terapilor destinate persoanelor cu cerințe speciale.



Întrebări de recapitulare:

1. Cum explicați conceptul de intervenție individualizată?
2. Elucidați esența managementul de caz. Argumentați semnificația lui pentru intervenția individualizată.
3. Analizați exigențele de elaborare a Planului de intervenție personalizat pentru persoanele cu dizabilități.
4. Descrieți recomandările pentru inițierea procesului de terapie ocupațională centrată pe persoanele cu dizabilități. Ce trebuie de luat în considerație în dependență de virstă ? Care exigențe sunt impuse de tipul de dizabilitate ?
5. Argumentați rolul terapiei ocupaționale în realizarea Planului de intervenție personalizată.

Studiu individual:

1. Realizați un studiu individual a situației psihosociale a unei persoane cu dizabilități. Elaborati un Plan de intervenție personalizat pentru persoana dată. Argumentați tipurile de activități incluse în Planul de intervenție personalizat.
2. Ion are 27 de ani și are o deficiență severă de auz. Care ar fi recomandările pentru inițierea procesului de terapie ocupațională pentru Ion ?

Tema 6. Terapa ocupațională aplicată

- 6.1. Ludoterapia
- 6.2. Meloterapia
- 6.3. Terapie prin dans
- 6.4. Artterapia

Obiective:

- Să cunoască esența terapiei ocupaționale aplicate
- Să explice esența ludoterapiei și a rolului acesteia în reabilitarea psihosocială a persoanei

- Să poată să aplice meloterapia în lucrul cu diverse categorii de beneficiari
- Să identifice și să explice elementele de conținut a artterapiei.

Concepte cheie: ludoterapie, meloterapie, terapie prin dans, artterapie

6.1. Ludoterapia

Jocul în cadrul procesului de recuperare. Jocul rămâne pentru deficienții mintal forma permanentă a procesului de recuperare, pentru că această modalitate constituie o structură unitară între stimul-întărire-răspuns-modificare. Studiarea mecanismelor interioare ale jocului poate aduce mari servicii unei teorii a terapiei recuperatorii. Dienes, care a descoperit valențele intime ale jocului ca formă de învățare, a detașat trei categorii de forme:

1. **Forma de joc-învățare explorator-manipulativ.** Deși considerată ca formă amorfă din punct de vedere al jocului, explorarea prin manipularea de obiecte stabilește, de la formele incipiente până la formele consacrate de cunoaștere, relația obiectuală. Obiectele lumii înconjurătoare constituie sursa cea mai importantă de stimulare. Pe toată perioada copilăriei, această sursă este dotată cu un mare grad de eterogenitate și de entropie, (dezorganizare). Organizarea mintală a persoanei se produce ca un rezultat al antrenamentului pe care copilul îl face organizând stimulii. Organizarea stimulilor trece și ea prin mai multe faze.

Recepția-recunoașterea dimensiunilor stimulării ale obiectelor. Am înfățișat deja forma de recepție senzorială și am insistat asupra mecanismelor de recunoaștere. Mecanismele de recunoaștere sunt structurări neuronale pe baza exercițiului, de cunoaștere, pe baza relațiilor obiectuale. Vederea în spațiu (tridimensională) este rezultatul unei colaborări senzitive, motorii, vizuale, auditive etc), a unei experiențe cu obiectele. Pentru a exista un clasor de recunoaștere, trebuie să existe elementele care determină în sistemul nervos acest clasor.

Experiența de manipulare simplă, de lovire, de zguduire, de distribuire, de organizare a obiectelor constituie o activitate de cunoaștere și organizare a potențialelor stimulatorii ale lucrurilor și acțiunea ca atare face parte din învățare-dezvoltare.

S-a constatat că la anumite vârste (peste 7 ani) deficienții mintal nu pot deosebi formele, mărimile sau că prezintă forme incomplete ale stimulării, atribuind în întregime aceste „defecte” de cunoaștere inteligenței. Desigur, tulburarea fundamentală care privește organizarea mintală determină modificări de cunoaștere, dar nu-i mai puțin adevărat că fenomenele primare ale jocului-învățare lipsesc la deficient, pentru că el nu are un exercițiu de lungă durată în explorarea-manipularea obiectelor.

Diferențierea obiectelor după unele însușiri se obține numai în cadrul acestui tip de învățare-joc. Când copilul pune laolaltă trei cuburi roșii și de altă parte cinci cilindri albi, el face cel puțin două-trei tipuri de diferențiere: între mărimea (volumul) cuburilor, forma lor și culoare. Dacă prin aceeași mișcare simplă, cu satisfacție primară de plăcere, va constata că este posibilă o schimbare permanentă a culorii și a măririi și că rămâne constantă forma; copilul începe să opereze diferențieri fundamentale pentru o viitoare cunoaștere.

O identificare după criterii de identitate a obiectelor și a acțiunilor de manipulare a acestora se instalează ca o operație de cunoaștere prin învățare-joc. În mecanismul de recunoaștere un rol important îl joacă identitatea obiectelor în conștiința persoanei. Manipularea obiectelor determină mecanismul de stabilire a distincției eu-lume. Identitatea obiectelor induce formularea a identității biofizice a propriei persoanei.

Obiectul cu care acționează, după ce a fost unit în acțiune cu mâna, se distinge încet, încet până devine opozabil corpului. Este prima mare distincție între obiectele lumii: obiectele de o parte, eul de cealaltă parte. Această distincție stă la baza tuturor clasificărilor.

Referindu-ne la aceste câteva caracteristici ale etapei de joc-învățare de tip explorare-manipulare, vom puncta unele observații. Acest tip de joc-învățare continuă formele de învățare latentă, constituind o structură mai complexă, mai evoluată. Ea face parte dintr-un continuum al procesului de învățare și lipsa ei produce grave tulburări ale cunoașterii. Raportată la categoriile stabilite de deficiența mintală, constatăm că acest tip de joc-învățare nu a fost consumat într-un interval adecvat. Orice tentativă de învățare și terapie care nu ieface această etapă se bazează pe vie și nu poate deveni eficientă.

În afară de elementele de cogniție, trebuie să menționăm elementele de întărire și motivație. Sistemul de întărire este un rezultat al relațiilor obiectuale și deci se învătă

învățând. Încet, încet acesta se constituie, ca o energie potențială motivațională pentru comportamentul de explorare și cunoaștere. Tot atât de importantă ca și latura cognitivă, latura motivațională - până la un anumit punct - constituie un mecanism format de la acest nivel de învățare.

2. A doua formă de organizare a învățării joc-terapiei o constituie ceea ce Diene numește jocul reprezentativ. Jocul reprezentativ va apărea de îndată ce obiectele cu care se joacă copiii încep să țină locul a ceea ce nu sunt.

Dacă un copil se joacă „de-a trenul”, aceasta presupune câteva, fapte. Mai întâi cunoașterea funcțională a obiectului numit tren - adică a unei realități concrete. În al doilea rând, presupune că s-a format la copil un spațiu mental care poate conține nu numai imagini copie după tipul celor reale, ci și imagini reprezentate după tipul de organizare mentală. În al treilea rând, se demonstrează existența unui mecanism de comutare de la realitate; mentală, rezultatul fiind învățarea.

Mecanismul acesta de comutare este, în fond, funcția semiotică și exprimă gradul de organizare mentală. Primele forme ale învățării sunt modalități de fond și în mare parte difuze, fără un mare grad de diferențiere. De la acest nivel începe activitatea de învățare specific umană care se bazează pe simboluri, nu pe însumări de acumulări concrete.

După opinia noastră, acesta este nivelul prim de diferențiere între organizarea mentală a normalului și a deficientului care poate duce la un diagnostic. Formarea simbolurilor, fenomen demonstrat de J. Piaget are o importanță fundamentală în evoluția mentală a copilului. Literatura privitoare la deficienții mintal este săracă în asemenea studii.

În mecanismul învățării la deficientul mental avem nevoie de un sistem de antrenament specific pentru formarea și dezvoltarea simbolurilor. Date fiind limitele fiziologice ale deficientului mental, nu vom obține structuri de simboluri de grade superioare, dar vor forma un mecanism de bază al învățării.

3. Al treilea tip de joc-învățare este cel cu reguli. Primele reguli sunt constituite de legile de asemănare, deosebire, asamblare, succesiune, situare în spațiu. Orice copil cu organizare mentală normală jucându-se cu obiectele „descoperă” aceste legi interne care corespund unor concepte sau noțiuni integratoare. Realitatea se ordonează prin clasificări, serii etc.

Intervenția organizării mentale, „pune ordine” în haosul realității prin instituirea unor categorii: gen, specii, clase etc, rezultate din experiența cu obiectele și cu sistemul de

referințe logico-sociale (limbajul, procesul de învățare etc). A doua serie de reguli sunt cele privitoare la modul de utilizare și deci de restructurare a realității.

Jocul-învățare în viziunea contemporană, este net distinct de termenul utilizat în literatura pedagogică de joc didactic (care în fond este o specie de joc), care limitează acțiunea ludică la consolidarea, precizarea și verificarea cunoștințelor predate.

Studiile contemporane sunt centrate pe implicațiile intelectuale, jocul fiind o acțiune de cunoaștere, de organizare a cunoașterii. Organizații speciale sunt consacrate problematicii jocului, ca de exemplu, Consiliul Internațional pentru Jocurile Copiilor (în S.U.A.) (International Council for Children's Play) cu numeroase filiale, din care amintim „Asociația franceză pentru Educația prin joc” (fondată în 1970) sau experimentele de mare extindere desfășurate în școli, ca de exemplu, școala „Decroly” din Saint-Mande, Belgia, sade începând cu anul 1973-1974 se reia aplicarea principiilor decroliene privind centrele de interes, acordând jocului un loc fundamental, jocul devenind un „Centru de interes”. În această viziune, orice situație de joc trebuie convertită într-o situație de învățare a unor modele cognitive, comportamentale sau de altă natură.

Noua viziune a jocului-învățare are repercusiuni asupra întregii metodologii de învățare specifică, cu implicații directe în dispunerea piramidală a principalelor modele de învățare destinate deficienților mintal.

Dacă jocul, în general, are atât o forță predictivă, cât și una propulsoare pe planul dezvoltării personalității deficientului mintal, aserțiunea de joc-învățare trebuie completată și cu cea de **joc-terapie**. Jocul este învățare și terapie recuperatorie. Obiectivul imediat al jocului este educațional, dar cel final mediat este terapeutic, ameliorarea deficitului primar al deficitului mintal, imaturitatea cognitivă. Jocul este o formă de psihoterapie care se realizează prin metode și procedee educaționale, valorificând valențele terapeutice oferite de conținutul programelor școlare elaborate pentru această categorie de handicapați, în scopul recuperării deficientului mintal în limitele sale.

Schemele exercitate în joc sunt scheme pe care se bazează structurile și funcțiile personalității. Ne interesează gradul de organizare a personalității pe care jocul îl generează, începând cu organizarea eului acțional (jocurile funcționale) și sfârșind cu organizarea categoriilor logice și cu structurile personalității; acțiunea ludică și comportamentul psiho-motor, acțiunea ludică și organizarea mintală, acțiunea ludică și organizarea proceselor afectiv-motivaționale, acțiunea ludică și organizarea structurilor raționale ale personalității.

Bazați pe o asemenea concepție, putem vorbi de un comportament ludic, care poate fi definit prin mecanismele fundamentale neuropsihologice, afectiv-motivaționale și relaționale organizate conform necesității de dezvoltare a personalității. Investigațiile privind comportamentul ludic al deficientului mintal au condus la stabilirea unor indicatori care se consideră ca factori de organizare ai comportamentului ludic, permit organizarea personalității deficientului mintal.

Ludoterapia în cadrul acțiunii de terapie complexă recuperatorie integrată. Jocul conceput ca învățare și terapie se înscrie în noua tendință de evoluție a metodelor de predare-învățare, care urmăresc să transforme rolul profesorului-terapeut și să acorde noi posibilități copilului deficient mintal. Jocul-învățare și terapie începe să ocupe un loc din ce în ce mai bine definit în categoria metodelor, tehnicilor care dezvoltă capacitatea de observare, de analiză și de operare cu operatori logici, într-un cuvânt, în categoria tehnicilor care dezvoltă aptitudinile de învățare și dezvoltare.

Împlicațiile jocului în complexul terapeutic sunt extrem de mari. Complexitatea lui este generată de faptul că acesta poate fi conceput ca metodă de învățare, de terapie sau ca metodă de investigare psihosocială, obiect a trei științe interdisciplinare ca pedagogia jocului (denumită și pedagogia ludens sau pedagogia creativității), cu statut de sine stătător și complementară pedagogiei muncii, a psihologiei terapeutice, precum și etnoludologiei.

Implicațiile jocului sunt urmărite după modelul acțiunii de terapie complexă educațională integrată. Putem urmări psihoterapia prin joc longitudinal, pornind de la contextul social-modelator (școala) până la contextul social-integrator. În scopul compensării personalității deficientului mintal, caracterizat prin decompensare, imaturitate cognitivă, pentru a se realiza obiectivul final de inserție socială. Modelul este structurat în trei compartimente: complexul psihoterapiei prin joc, programele de învățare prin joc și domeniile de aplicare.

Primul compartiment se referă la complexul terapiilor concepute ca acte educaționale, ca terapii ce pot valorifica conținutul și metodologia specifică programelor școlare destinate învățământului pentru deficienți mintali. În fiecare categorie de terapie sunt incluse și subcategoriile de tehnici terapeutice corespunzătoare.

Al doilea compartiment se referă la programele de învățare prin joc corespunzătoare fiecărei categorii de terapie și, fiecărei tehnici din cadrul acestor categorii, menționându-se în tabel numai programele reprezentative utilizate în practica psihopedagogică. Un

principiu comun tuturor programelor de învățare este că indiferent de natura informației, se urmărește, cu precădere, formarea unei anumite operații. Fiecare informație trebuie urmată de formarea unei anumite operații, a unor operatori logici, începând cu mecanismele implicate în operațiile concrete până la cele implicate în operațiile propoziționale (formale).

Al treilea compartiment se referă la domeniul de aplicare, recte programele școlare ale disciplinelor prevăzute în planul de învățământ al școlilor pentru deficienți mintal. Ca un corolar, profesorul-terapeut va însoți programul de învățare cu materialul educativ implicat de tipul de joc, acordând o importanță primordială imaginilor colorate. În domeniile de aplicare este subînțeleasă și existența unei săli speciale de joc, denumită de unii ludotecă (Graston Mialaret) sau jocotecă (Petre Bărbulescu, 1979), precum și organizarea unei săli de clasă în sistem modular cu scopuri multifuncționale (sală de studiu, spațiu pentru ludotecă, bibliotecă școlară, pentru abilitarea manuală, „atelier matematic” sau alte „colțuri specializate”).

Sistemul de operaționalizare a psihoterapiei prin joc. Sistemul de operaționalizare este dificil de elaborat, datorită evantaiului larg al clasificărilor elaborate de psihologi, pedagogi, sociologi, psihoterapeuți fapt ce concură la imposibilitatea de a le utiliza în practica pedagogică curentă.

Pentru a stabili un sistem de operaționalizare care să releve raportul dintre conduita cognitiv-ludică și organizarea cunoașterii, trebuie să recurgem la două mari teorii contemporane: taxonomia lui B. S. Bloom și psihologia genetică piagetiană. După acest model de operaționalizare pentru conduita cognitiv ludică se pot elabora și sisteme de operaționalizare pentru conduita afectiv-ludică și pentru conduita ludo-psiho-motrică.

Plecând de la obiectivele stabilite de taxonomia lui B. S. Bloom și a obiectivelor stabilite de R. Dogbeh și S. N. Diaye pentru jocuri, cercetători din cadrul UNESCO au stabilit corelația dintre acestea, sintetizându-le în șapte obiective:

- Nivelul de cunoștințe simple: întipărirea și reținerea informațiilor.
- Nivelul de înțelegere: transpunerea unei forme de limbaj în altul, interpretarea datelor, extrapolarea lor.
- Nivelul de aplicație: capacitatea de a aplica principiile, regulile în situații noi.

- Nivelul de analiză: a analiza un ansamblu complex de elemente, de relații sau principii.
- Nivelul de sinteză: structurarea (rezumatul, planul, schema, raționamentul) elementelor provenite din surse diferite.
- Nivelul de invenție, de creație: transferul achizițiilor în operații creatoare.

După cercetătorii amintiți, jocul răspunde la aceste obiective din considerentele că diversele categorii de jocuri valorifică:

- toate activitățile perceptiv: contactul senzorial cu obiectele
- activități senzoro-motrice: alergatul, săritura în înălțime, lungime, prehensiunea, aruncarea;
- activități verbale: de la antrenamentul vocal până la comunicarea prin cuvinte, propoziții;
- domeniile afective: atragerea, repulsia, identificarea, reprezentarea diferitelor roluri și statute familiale, școlare și sociale;
- domeniile intelectuale: observația, descrierea, compararea, scrierea, clasificarea etc., adică procesele, de raționament corect bazate pe date concrete, verbale, situaționale, (sau sociale);
- activitățile de construcție: care mobilizează energia fizică, capacitățile intelectuale și afective, valorificând în totalitate sau parțial experiența anterioară;
- activitățile de expresie corporală și estetică: gimnastica, dansul, teatrul, muzica, modelajul, decupajul, colajul, desenul.

Indiferent de genul de joc, se pot defini obiectivele operaționale pe „schema lui Bloom și pe cea piagetiană” care stabilesc că o anumită categorie de jocuri corespunde unei anumite etape de dezvoltare, că acestea au o succesiune temporală, iar structurile superioare se integrează în cele precedente, fără a le suprima, esențială fiind depășirea etapei și nu vârsta cronologică la care se ajunge la o anumită etapă de dezvoltare.

Pentru exemplificare, prezentăm sintetic modul cum pot fi valorificate jocurile sub aspectul obiectivelor operaționale, rezumându-ne la cinci tipuri de jocuri: jocurile funcționale, simbolice, cu reguli, de construcție și de expresie.

a) Jocuri funcționale

1. Perceptive

- Vizual
- Auditiv

2. Senzoro-motorii

- Pipăit
- Statice
- Dinamice
 - Kinestezice
 - Ritmice
 - Precizie

3. Verbale

- Repetiții
- Fredonări
- Verbo-motor – a executa comenzi date
 - a descrie acțiuni

4. Imitație

- Verbale
- Neverbale (imitarea acțiunii unui model).

b) Jocuri simbolice

1. Afective

- Kinestezice
- Ritmice
- Precizie

- Repetiții

- Fredonări

Verbo-motor - a executa comenzi date

- a descrie acțiuni

- Verbale

- Neverbale (imitarea acțiunii unui model).

2. Identificarea cu un model

- familie

- profesie.

3. De socializare (reprezentarea unei situații)

- școlare

- clasificare – simplă

- clasificare – dublă cu multiple atribute

c) Jocuri cu reguli

1. Cognitive (pe date manipulabile)

- Serieri

- Incluziuni

- Cauzalitate

- Structuri spațio-temporale

- Conservare

2. Cognitive (pe date verbale)

- Înregistrare

- Deducție
- Implicație

3. Sociale

- Priza de rol (alternanță)
- Comunicarea - informații
- dirijarea altuia
- Influență asupra altuia
- Cooperare/Competiție

d) Jocuri de construcție

1. Fără model - Creație
2. Cu model - Fără mecanisme de funcționare
 - Cu reproducerea operațională a mecanismelor de funcționare
 - Cu reproducerea mai mult sau mai puțin fidelă a mecanismelor de funcționare
 - Cu stimularea neoperațională a mecanismelor de funcționare

e) Jocuri de expresie

- Plastice
- Verbale
- Muzicale

Sistemul operațional al psihoterapiei prin joc pune în evidență câteva coordonate importante în valcificarea cunoașterii prin conduita cognitiv-ludică. Reies următoarele coordonate metodologice:

- Operaționalizarea este în funcție de evoluția genetică a jocurilor.
- Sistemul de operaționalizare subliniază elementele intelective ale jocului, prin precizarea mecanismelor corespunzătoare fiecărei etape de dezvoltare a inteligenței copilului.
- Se demonstrează că schemele logice superioare se organizează pe schemele logice anterioare, primordială fiind schema senzoro-motorie. Interferența dintre diversele categorii este permanentă și între ele trebuie stabilită o punte.
- Punctul nodal în sistemul operațional îl constituie obiectivele senzoro-motorii.
- Jocurile destinate cunoștințelor specializate ocupă un loc final.
- Sistemul operațional este concretizat cu tipul de joc reprezentativ, apelând la tipul de joc „deschis” și mai puțin la tipul de joc „închis”, înțelegând prin primul tip, jocul care implică o „regulă de joc” (nu regulile de organizare a jocului) pe care copilul o descoperă pe baza observației dirijate, înțelege și reține regula și se poate conduce după regulă (în condițiile jocului învățare-terapie, profesorul-terapeut este conducător și participant activ la joc). În aceasta constă, de altfel, esența jocului învățare – terapie, care spre deosebire de învățare școlară unde normele sunt date de alții, în cadrul jocului normele sunt înțelese, descoperite și aplicate de copil.

Jocul didactic în cadrul terapiei educaționale. Jocul didactic este o activitate foarte accesibilă, care rezolvă una sau mai multe sarcini didactice pe baza îmbinării tehnicii de realizare a acestor sarcini cu elementul de joc. Jocul didactic este una dintre activitățile prin care copilul învață să cunoască lumea reală. Pe măsură ce copilul se dezvoltă, conținutul jocurilor se extinde cuprinzând și relațiile sociale dintre oameni.

În jocurile sale, copilul reflectă viața și activitatea socială a adultului, pentru că aceasta este ambianța în care își duce existența. Încă de timpuriu, copilul simte nevoia unei comunicări active cu cei din jur, în primul rând cu părinții care îl îngrijesc, îi procură jucării și se joacă cu el.

Ce este jocul didactic? Jocul didactic constituie o formă de activitate foarte accesibilă, care rezolvă una sau mai multe sarcini didactice pe baza îmbinării tehnicii de realizare a acestor sarcini cu elementul de joc.

Folosim jocul didactic pentru a rezolva o sarcină didactică într-un chip nou, deosebit, atractiv. Fiecare joc didactic are un specific al său și anume, acela că urmărește un scop intrinsec, este o activitate suficientă în sine însăși, fără să constituie un mijloc pentru atingerea altui țel. Învățarea care implică jocul devine plăcută și atrăgătoare. De aceea, o motivație intrinsecă de mare valoare a învățării se realizează prin joc.

Iată motivul principal pentru care, în anumite faze ale învățării și ale dezvoltării copilului, procesul instruirii este necesar să se desfășoare prin intermediul jocului. Prin joc, elevii pot ajunge la descoperiri de adevăruri, își pot antrena capacitățile lor de acțiune creativă, pentru că strategiile jocului sunt în fond strategii euristice, în care se manifestă istețimea, spontaneitatea, inventivitatea, inițiativa, răbdarea, îndrăzneala etc.

Jocurile copiilor devin metodă de instruire în cazul în care ele capătă o organizare și se succed în ordinea implicată de logica cunoașterii și învățării. Jocurile imaginate cu un scop educativ bine precizat și organizate în concordanță cu el devin metodă de instruire. Intenția principală a jocului nu este divertismentul; rezultat din încercarea puterilor, ci învățarea care pregătește copilul pentru muncă și viață. Fiecare joc didactic trebuie să instruiască pe copii, să le consolideze cunoștințele despre lumea înconjurătoare, să îmbine armonios elementul instructiv cu elementul distractiv.

Îmbinarea armonioasă a elementului instructiv cu cel de divertisment duce la apariția unor stări emoționale complexe, care intensifică procesele de reflectare directă și nemijlocită a realității.

Jocul didactic rămâne joc numai dacă conține elemente de așteptare, de surpriză, de întrecere, elemente de comunicare reciprocă între copii etc. Toate acestea fac ca elementul instructiv să se îmbine cu cel distractiv. În procesul desfășurării jocului, copilul are posibilitatea să-și aplice cunoștințele, să-și exerseze priceperile și deprinderile ce și le-a format în cadrul diferitelor activități. Deci, jocul capătă o valoare practică. Fiecare joc didactic cuprinde următoarele laturi constitutive prin care se deosebește de celelalte jocuri și forme ale activităților:

a) conținutul, b) sarcina didactică, c) regulile jocului, d) acțiunea de joc.

Primă latură componentă a jocului este conținutul său instructiv-educativ constituit din cunoștințele pe care copiii și le-au însușit anterior, în cadrul activităților comune cu întreaga clasă, cunoștințe ce se referă la plante, animale, anotimpuri, reprezentări matematice, limbă maternă, activitatea oamenilor etc.

Cea de-a doua latură componentă a jocului o formează sarcina didactică, care poate să apară sub forma unei probleme de gândire, de recunoaștere, denumire, reconstituire, comparație, ghicire. Deși jocurile didactice pot avea același conținut, totuși ele dobândesc mereu un alt caracter, datorită faptului că sarcinile didactice, pe care le au de rezolvat copiii, sunt de fiecare dată diferite. Faptul acesta face ca jocul să-i apară copilului în forme noi, neprevăzute, interesante și atractive.

A treia latură componentă a jocului o reprezintă regulile care sunt menite să arate copiilor cum să se joace, cum să rezolve problema respectivă. Regulile îndeplinesc în joc o importantă funcție reglatoare asupra relațiilor dintre copii.

Ultima latură componentă a jocului didactic o formează acțiunea de joc care cuprinde momente de așteptare, surpriză, ghicire, întrecere etc. și care fac ca rezolvarea sarcinii didactice să fie plăcută și atractivă pentru elevi.

După obiectele de învățământ sunt jocuri folosite la citire, scriere, matematică, dezvoltarea vorbirii, cunoașterea mediului înconjurător, desen etc. După tipul lecției sunt jocuri folosite ca mijloc de predare, asimilare, mijloc de consolidare, de sistematizare și recapitulare a cunoștințelor. Contribuția jocului didactic pentru stimularea și dezvoltarea capacităților cognitive ale școlarului mic, îndeosebi a creativității gândirii lui, la educarea însușirilor de personalitate ale acestuia și la îndeplinirea obiectivelor de cunoaștere ale procesului de predare-învățare, este evidentă.

Jocul didactic rămâne pentru elevii cu nevoi speciale forma permanentă a procesului de învățare. Prin jocul didactic elevul își angajează întregul potențial psihic, își ascute observația, își cultivă inițiativa, inventivitatea, flexibilitatea gândirii, își dezvoltă spiritul de cooperare, de echipă. Prin folosirea jocului, ca formă de organizare, metodă și nu procedeu didactic, activitatea devine, mai plăcută, elevii asimilează cunoștințele mai temeinic.

Cerințele desfășurării unui joc didactic sunt:

- introducerea în joc;
- executarea jocului;
- complicarea jocului;
- încheierea jocului.

În organizarea și desfășurarea activităților structurate pe jocul didactic trebuie să se ia în considerare următoarele **condiții**:

- jocul să se constituie pe fondul activității dominante, urmărindu-se scopul și sarcinile lecției;
- să fie pregătit de către educator, în direcția dozării timpului și a materialului folosit;
- să fie variat, atractiv, să îmbine forma de divertisment cu cea de învățare;
- să se folosească atunci când copiii dau semne de oboseală;
- să creeze momente de relaxare, de odihnă în vederea recuperării energiei nervoase a elevilor;
- să antreneze toți copiii în activitatea de joc;
- să fie proporționat cu activitatea prevăzută de programă și structurat în raport cu tipul și scopul lecției desfășurate;
- să urmărească formarea deprinderii de muncă independentă;
- după caz, sarcinile didactice ale jocului să fie date diferențiat pentru preîntâmpinarea rămânerii în urmă la învățatură;
- să solicite gândirea creatoare și să valorifice cu maximum de eficiență posibilitățile intelectuale ale elevilor;
- activitățile în completare prin joc să fie introduse în orice moment al lecției;
- să nu afecteze fondul de timp al lecției propriu-zise;
- să fie repartizate după caz în diferite secvențe, sarcinile didactice având caracter progresiv;
- calitatea lecțiilor trebuie să se exprime și în desfășurarea acestei activități, prin a fi un bun organizator, conducător și observator,
- indicațiile privind desfășurarea activității să fie clare, corecte, precise, să fie conștientizate de către elevi și să le creeze o motivație pentru activitate;
- activitățile de joc să se desfășoare într-un cadru activ, stimulator și dinamic;

- să nu se iacă abuz de joc, astfel, Încât procesul de învățare să se transforme în joc și să fie luat de elevi ca atare;
- să nu fie prea ușoare, nici prea grele;
- regulile de joc să Ce explicate clar și să se urmărească respectarea lor de către elevi.

Jocul didactic, pentru a rămâne joc, adică pentru a fi antrenant și vii trebuie să includă elemente de joc cum ar fi: *mișcarea, ghicirea, întrecerea, surpriza* etc. Aceste elemente de joc creează stări emoționale care întrețin interesul, dând colorit viu activității. Elementele de joc pot apărea și din îmbinarea activității cu unele situații imaginare, prin determinarea copiilor de a crea, lăsându-le liberă imaginația, încurajându-le spontaneitatea.

Poetul Lucian Blaga își imaginează cele trei generații ca trei trepte: **a jocului, a iubirii și a înțelepciunii**, filozofând că jocul este înțelepciunea și iubirea copilului, cum iubirea este jocul și înțelepciunea tânărului și cum înțelepciunea este iubirea și jocul bătrânului.

Vorbind despre jocurile didactice Ursula Șchiopu preciza că ele „educă atenția, capacitățile fizice și intelectuale, perseverența, promptitudinea, spiritul de echipă, de ordine, dârzenie, modelează dimensiunile etice ale conduitei”.

6.2 Meloterapia

Programa actuală destinată recuperării copiilor handicapați acordă o importanță deosebită activităților de terapie ocupațională și psihoterapie de expresie. Meloterapia se încadrează în vasta arie a psihoterapiei prin artă. Valoarea terapeutică a muzicii rezultă din multiplele influențe pe care le are asupra psihicului uman, datorate complexității fenomenului muzical însuși.

Muzica reprezintă „arta de a exprima sentimente și idei cu ajutorul sunetelor combinate într-o manieră specifică” (DEX –Dicționarul explicativ al limbii române, Edit. Acedemiei Romîne, 1995).

Muzica declanșează procese afective dintre cele mai variate și neașteptate, de la emoția muzicală cu o gamă largă de manifestare – bucurie, trăire interioară, sentimentul armoniei, înălțare spirituală – pînă la descărcări explozive de exaltare colectivă. Fiind cea mai complexă artă și în același timp accesibilă tuturor oamenilor, muzica dispune de cel

mai fin și mai penetrant limbaj artistic – **sunetul**. Rezultantă a vibrației sonore periodice și regulate, sunetul muzical dispune de patru însușiri: înălțime, durată, intensitate și timpul. Organizarea și succesiunea acestora, cu sens expresiv, își dovedesc eficiența prin sensibilizarea subiecților, cât și crearea unei stări psihice pozitive ce permite realiza unei relații corespunzătoare de comunicare dintre educator și subiect.

Ritmul în muzică se referă la succesiunea organizată a duratei sunetelor. Utilizarea sa judicioasă facilitează dezvoltarea facultăților psihice superioare ale ființei umane a valorilor sale etice. Ritmul se rezumă, în principal, la caracteristicile mișcării. El prezintă rezonanțe diferite la o persoană sau alta, în funcție de vârstă, stare de sănătate, dispoziție sufletească de moment sau nivel cultural. **Armonia** se referă la îmbinarea melodică a sunetelor și se bazează pe tehnica acordurilor, specifică compoziției. Ritmul și armonia sunt elementele esențiale ce compun o melodie sau cântec. **Melodia**, ca rezultat final al unei creații muzicale reprezintă „o succesiune de sunete îmbinate după regulile ritmului și ale modulației pentru a alcătui o unitate cu sens expresiv”, exprimată într-o compoziție muzicală.

În cadrul muzicoterapiei, educatorul trebuie să fie interesat, în special, de efectul pe care îl are muzica utilizată sub diverse forme. Ca mijloc pentru recuperarea personalității individului normal sau handicapat.

La normalii s-a demonstrat că muzica exercită o serie de efecte benefice, printre care enumerăm:

- determină o serie de stări afective tonice;
- induce subiectului o stare de liniște, conducând la reducerea stărilor de tensiune și anxietate;
- permite evaluarea și induce adesea o stare de securitate;
- crește tonusul subiectului și rezistența sa la efort, contribuind în același timp la învingerea unor obstacole existenței, cum ar fi stările de boală sau handicap;
- facilitează comunicarea între persoane;
- contribuie la dezvoltarea unor funcții și procese psihice, începând cu cele primare, senzații, percepții și reprezentări și termenind cu cele mai complexe, cum ar fi, de exemplu, afectivitatea și imaginația;
- ameliorează comportamentul și socializează individul.

La copii handicapați mintal meloterapia este folosită, în special, în stabilirea unui alt tip de comunicare, diferit de cea verbală, cu acești subiecți. Atunci când se lucrează cu acești subiecți contează mai puțin nivelul de dezvoltare al aptitudinilor muzicale pe care aceștia le posedă, deoarece în această situație muzica nu este utilizată în terapie datorită calităților sale estetice.

Weigl introduce, în acest sens, termenul de muzică funcțională, care desemnează faptul că muzica eficientă în terapie este cea destinată obiectivelor practice, în funcție de nevoile subiecților.

„Principalul obiectiv al meloterapiei este acela de a stabili contactul cu handicapatul mintal și de a facilita comunicarea între el și educatorul transformat în terapeut „ (S.Ionescu)

Deci, în cadrul activităților de meloterapie, muzica este utilizată în scopul recuperării pe cât mai mult posibil a personalității decompensate a acestor categorii de handicapați. Pentru atingerea acestui scop, S.Ionescu sugerează realizarea unei diferențieri tranșante între utilizarea muzicii în sens terapeutic și utilizarea acesteia în diferite activități recreative organizate cu copiii handicapați. Cercetările au demonstrat că, instrumentele de percuție, cum ar fi castanietele, clopotele, tamburinele, țambalele, xilofonele, facilitează comunicarea, mai ales în cazul copiilor cu handicap mintal mai sever sau al celor timizi și anxioși.

În cadrul unei asemenea activități desfășurate, spre exemplu, în cadrul Centrului de recuperare Folke Bernadotte, din Suedia, se folosesc cu succes asocierea dintre două instrumente, pianul și toba. Copilul este așezat comod într-un fotoliu și ascultă diverse melodii interpretate la pian de un meloterapeut calificat. Aceasta urmărește reacțiile cu atenție, în scopul stabilirii frecvențelor preferate, înalte sau grave, cu ajutorul cărora stabilește, în continuare, gama de interpretare ce va determina la subiect o avalanșă de reacții emoționale, cauzată de o vibrație afectivă autentică la muzica ascultată. În continuare i se dă copilului o toabă în care i se cere să bată în funcție de ritm melodiei ascultate. În acest mod copilul fixează ritmul și prin acțiunea sa asupra tobei își îmbunătățește performanțele în domeniul motricității. Aceasta reprezintă, în fond, cheia unei adevărate terapii a succesului. Pentru acompaniament se poate folosi, de exemplu, și o muzicuță cu clape, care forțează subiectul să-și folosească degetele. Pentru calmarea subiecților anxioși și a celor hiperkinetici se folosește, în general, un instrument deosebit de armonios, care emite un fel de sunete prelungi de clopoței. Rezultatele au demonstrat că prin folosirea unui astfel de ședință de meloterapie este influențat benefic întregul psihic al subiecților.

În cadrul instituțiilor de învățământ din țara noastră educatorii pot utiliza astfel de ședințe ca cea descrisă mai sus, cu ajutorul unei înregistrări pe bandă magnetică și al unui sintetizator de sunete. Cercetările au evidențiat că, atât la normali cât și la handicapații mintal, meloterapia are efecte deosebite asupra dezvoltării comunicării. Atunci când handicapatul mintal este asociat cu alte tulburări, cum ar fi hiperactivitatea sau instabilitatea emoțională, se impun câteva distincții separate.

La copiii deficienți mintal hiperactivi, muzicoterapia poate fi utilizată pentru ameliorarea inhibiției voluntare a actelor motorii și pentru realizarea unor performanțe de succes. La cei cu instabilitatea emoțională utilizarea muzicoterapiei, în viziunea lui S.Ionescu, determină:

- diminuarea tensiunilor;
- reducerea agresivității;
- îmbunătățește cooperarea în interiorul grupului;
- ameliorează munca de echipă.

Cercetările efectuate de Humprey ne oferă indicații metodice prețioase despre preferințele copiilor pentru diverse forme de activități de meloterapie, în funcție de nivelul lor de activism. „Subiecții cu un nivel de activitate globală aleg dansul, cei cu nivel mediu de activitate grupa de toboșari, iar cei cu nivel scăzut de activism se orientează către grupele de cârui sau acompaniament”. (S.Ionescu).

Așa cum a rezultat și din cele prezentate mai sus, terapia prin muzică se poate organiza în mod individual sau în grupuri. În cadrul grădinițelor și școlilor speciale este util să se grupeze copiii în funcție de performanțele de care sunt capabili în domeniul muzicii și în funcție de nivelul retardului lor intelectual. Activitățile de meloterapie cu cei cu deficiențe mentale severe sau polihandicapuri, este indicat să se desfășoare prin ședințele individuale.

Meloterapia, din punct de vedere al activităților care se solicită copiilor, se mai poate împărți în două forme – activă și receptivă. Forma **activă**, denumită după unii autori și directă, constă în diverse activități muzicale desfășurate de subiecții însuși, muzica instrumentală sau vocală, executată individual sau în grup. Forma **receptivă** sau indirectă, este acea formă în care subiecții audiază muzica. În cadrul acestei a doua variante, pasivitatea subiecților nu este totală, deoarece activitatea de recepție solicită prin ea însuși un anumit grad de participare din partea acestora.

În cadrul activităților de meloterapie desfășurate în învățământ de către educatori și logopezi, considerăm că este util să se urmărească următoarele obiective:

- dezvoltarea interesului față de activitățile muzicale;
- formarea și dezvoltarea auzului muzical (cu elemente sale componente –simț melodic, ritmic, armonic-polifonic);
- educarea vocii ca principal mijloc de redare a muzicii;
- formarea unor deprinderi practice muzicale (deprinderi de cânt, ritmice, melodice, armonico – polifonice, de interpretare, de utilizarea instrumentelor, ș.a.m.d.);
- educarea deprinderilor de a asculta muzica;
- integrarea în viața artistică a unităților de învățământ;
- cultivarea imaginației și creativității;
- echilibrarea întregii personalități a copilului prin cultivarea unor trăsături de caracter pozitive;
- dezvoltarea sociabilității copilului prin participarea la activitățile organizate pe grupuri de copii.

În afara obiectivelor enumerate mai sus, programa școlară de terapie educațională complexă și integrată, destinată educatorilor din școlile ajutătoare, mai prevede și o serie de alte obiective importante legate de:

- îmbunătățirea orientării spațio-temporale și coordonării motrice;
- educarea expresivității mimico-gesticulare;
- nuanțarea exprimării verbale;
- dezvoltarea sensibilității cromatice muzicale;
- determinarea unor stări de deconectare, bucurie, încântare, etc.

Declanșarea procesului muzicoterapiei trebuie să pornească cu evaluarea generală a fiecărui copil, în funcție de nevoile cărui se vor selecta obiectivele adecvate ce urmează să fie atinse.

Aceasta se face prin studierea dosarului persoanei, informații dobândite de la familie și ceilalți membri ai corpului didactic, observarea și studierea atentă a preferințelor sale muzicale și cunoașterea experiențelor anterioare din domeniul muzicii. Se pot folosi, de asemenea diverse categorii de teste, care, este util, să se aplice cât mai devreme posibil, deoarece, cu cât se declanșează mai de timpuriu activarea terapeutică, cu atât cresc șansele de a se obține efecte mai substanțiale în planul recuperării. În acest sens, Graham a constituit o școală a nivelului de dezvoltare pentru performanțele muzicale, corelând aceste nivele cu vârsta mintală. Autorul justifică utilitatea testului său prin faptul că „fiecare individ urcă scala de dezvoltare în modul său propriu în diferite intervale de timp, aceasta depinzând de gradul de profunzime al handicapului său. „Scala sa de dezvoltare face legătura între vârsta mintală și performanțele muzicale posibile, fixând totodată și limitele ce pot fi atinse în cadrul învățării, în funcție de decalajul dintre etapele cronologice și cea cronologică, specifică handicapului mintal, după cum urmează:

Vârsta mintală

Descrierea performanțelor muzicale

- 2-6 luni – arată nediferențiat prin mișcări ale brațului sau piciorului, când cântă muzica;
- 4-8 luni – mișcă capul sau fața în direcția stimulului muzical;
- 8-16 luni – alunecă ușor sau se târăște în direcția stimulului muzical;
- 16-36 luni – ascultă atent pentru un minut sau mai mult;
- 37-48 luni – bate din palme sau bate din picior, stând jos;
- 48-54 luni – când stând jos sau în picioare, bate din palme sau din picioare;
- 54-56 luni – bate din palme și picioare;
- 56- 62 luni – bate din mâini și picioare în ritmul muzicii;
- 62-72 luni – cântă la un instrument stând jos sau în picioare;
- 72-84 luni – bate în ritm din picior, cântă la un instrument și vocal;
- Peste 84 luni – bate ritm din picior, cântă pe tonuri înalte și din instrument în același timp.

Scala mai are avantajul că nu utilizează elemente verbale influențate de factori culturali, fapt care o face ușor aplicabilă.

În funcție de nivelul de retard mental al copilului și obiectivele stabilite în recuperare, se pune problema alegerii celor mai potrivite activități în care acesta să fie inclus. Se recomandă introducerea diverselor categorii de activități, într-o succesiune graduală, în funcție de tipul și compatibilitatea acestora. Toate aceste activități executate gradat, de la simplu la complex, determină, prin combinarea lor, structurarea aptitudinii muzicale complexe la persoanele handicapate, asigurându-se în final la compensarea unor deficiențe din sfera personalității sale, în special a celor legate de psihomotricitate (dacă se referă la handicapatul minor).

Educarea ritmului se face prin următoarele tipuri de exerciții gradate, în funcție de gradul de dificultate și nivelul de dezvoltare al copilului:

- aplaudarea sau baterea într-un instrument de percuție, la un anumit cuvânt dintr-un cântec;
- baterea ritmică la auzul unor cuvinte din vocabularul activ al copilului, de exemplu la auzul numelor prietenilor, profesorilor, a unor flori, păsări sau mâncăruri preferate;
- aplaudarea sau baterea într-un instrument de percuție în ritmul metronomului, în mai multe variante:
 - cu câte o bătaie la fiecare sunet de metronom,
 - cu câte o bătaie la fiecare al doilea sunet de metronom,
 - cu câte o bătaie la fiecare al treilea sunet,
 - cu câte o bătaie la fiecare al patrulea sunet.

Astfel, spre exemplu, cercetările recente au relevat faptul că activitățile ritmice, care se bazează pe folosirea cu precădere a unor instrumente de percuție, este util să fie introduse înaintea altor categorii de activități. Aceasta deoarece s-a demonstrat că „introducerea ritmului este mai puțin anxioasă pentru subiecți” (S.Ionescu).

După diagnosticarea nivelului achizițiilor muzicale pe care le are un copil la un moment dat, se poate trece, cu succes, la elaborarea unor programe specifice, recuperatorii, care constau în executarea unei largi gama de exerciții specifice, organizate pe domenii distincte de manifestare a aptitudinii muzicale.

Scopul acestor exerciții este de a șlefui aptitudinile muzicale ale handicapatului, atâtea cîte există, pentru a le îmbunătăți competența și plăcerea de a exista, cu efect benefic asupra personalității sale, în general. Pentru dezvoltarea aptitudinilor muzicale complexe, este necesar să se acționeze în următoarele segmente distincte, din structura acestei aptitudini:

- educarea ritmului;
- formarea abilităților în folosirea instrumentelor;
- stimularea deprinderilor de cânt;
- asigurarea unei legături corespunzătoare între cânt și mișcare;
- redarea ritmului de bază dintr-o melodie, bătând din palme sau într-un instrument de percuție după următoarele măsuri 2/4, 3/4, 4/4 , 6/8.

În cel din urmă caz, cel al categoriilor de exerciții destinate în special handicapatilor mintal ușori, s-a constatat în practică că foarte puțini dintre acești sunt capabil de un progres suplimentar, având ca punct de plecare însușirea ritmurilor de bază. Pentru acest ultim grup restrâns, se recomandă însușirea bătăii în instrumente de percuție, în ritm sincopat, spre exemplu de tangou, rumba, boss-a-nova sau cha-cha, ajungându-se în felul acesta, la cultivarea unei aptitudini muzicale autentice.

Folosirea instrumentelor

- ❖ instrumente de percuție (tamburina, toba, țambalul, chakerul), sunt folosite în activitatea cu handicapatul mintal nu numai pentru deprinderea ritmului, ci și permite diferite activități care să le formeze percepția sunetului fiecărui instrument în parte. Studiile metodice recomandă, în acest sens, folosirea unor instrumente în timpul unei povestiri, prin asocierea lor cu diverse personaje sau evenimente ale narațiunii. (Word și Dobbs)
- ❖ instrumentele ce corzi sunt folosite în diferite exerciții ca :
 - la auzul sunetului emis de vibrarea unei corzi, emis de terapeut, se cere copilului să-l reproducă prin atingerea corzii, fără emiterea sunetului;
 - ciupirea unei corzi indicată de adult, sub directă sa supraveghere sau sprijin;

- alegerea dintr-un grup de corzi a celei cerute de adult sau indicarea unor instrumente specifice;
- folosirea unor instrumente care emit sunete pe cinci note muzicale (pentatonice);
- utilizarea în exerciții similare a harpei, pianului, orgii electronice, la cele cu claviatură, copilul trebuie să indice, cu ajutorul unor litere sau semne, o clapă anume;
- interpretarea solistică la un instrument se dovedește a fi dificilă chiar și pentru debil mintal, dar executarea acompaniamentului este accesibilă pentru cei cu debilitate mentală ușoară, având în față scheme grafice ale acordurilor sau învățând numele notelor și urmărind degetul arătător al profesorului pe portativ;
- exercițiile de învățare a chitarei sunt posibile atunci când se urmărește redarea unei singure note muzicale, schimbarea corzilor, corespunzătoare realizării acordurilor de chitară, este dificil de realizat în cazul handicapărilor mintal.

Învățarea cântecelor începe cu exersarea slabelor, ca la vârsta de 6 luni, vocalizarea primitivă pe care Moog o definea ca pe un fel de bâlbâială muzicală:

- prelungirea cântată a cuvântului final din propoziție;
- cântarea a două cuvinte împreună;
- cântarea unor strofe ritmate dintr-un cântec, de preferință de nivel de grădiniță și accesibil vârstei mentale copilului;
- cântarea altor cântece apropiate nivelului de dezvoltare mentală a copilului și intereselor sale, selectându-le pe cele mai clare.

Contribuția muzicii la îmbunătățirea motricității voluntare este deosebit de importantă, mai cu seamă la retardații mintal unde, cu cât profunzimea handicapului este mai mare, deficitul de motricitate este mai mare. În această ultimă situație se poate afirma cu certitudine că, muzica exercită un rol terapeutic corespunzător, major.

Se poate conchide, pe o bază experimentală solidă, că retardații mintal trebuie, în permanență, să răspundă la muzică în vederea ameliorării psihomotricității lor, prin simple mișcări ale membrelor corpului sau alergare.

Mișcarea pe fond muzical este bine să se desfășoare în următoarele etape:

- ascultarea bătăilor într-o tobă, punerea în mișcare la zgomotul produs de aceasta și oprirea la încetarea sa;
- executarea de mișcări pe ritmuri de tobă, acestea pot porni de la pași mici și pe măsura accelerării ritmului se trece la sărituri și chiar alergări;
- desfășurarea de mișcări pe anumite melodii, folosind modelul anterior;
- executarea de jocuri de mișcare pe acompaniment muzical;
- executarea de dansuri simple cu mișcări ample;
- interpretarea unor dansuri în mod creativ, cu alegerea liberă a ritmului și timpului de mișcare, cu intervenția minimă din partea profesorului.

Evaluarea progreselor făcute de copil se poate face cu ajutorul unor scări de evaluare standardizate sau prin intermediul unor fișe în care se notează stadiul dezvoltării deprinderilor copilului înainte și după parcurgerea diferitelor categorii de exerciții muzicale.

Din succinta trecere în revistă a procedeelelor folosite în învățarea muzicii la handicapații mintal, rezultă că, între activitatea de formare a deprinderilor muzicale și meloterapie, diferențele pot exista mai ales în plan teoretic, în plan practic – metodologic ele se întrepătrund.

Meloterapeuții cu experiență sunt de părere că, „grupul de terapie muzicală, prin puterea sa de a grupa toți copiii într-o singură experiență, pentru a unii eforturile lor într-o activitate comună, cu rezultate care tind spre egalizare, sferă izolarea și, prin aceasta, multe dintre impedimentele patologice ale dezvoltării”. În concluzie, afirmăm că, folosirea muzicii în muncă cu copilul handicapat mintal necesită cunoașterea structurilor de activitate specifice diverselor domenii ale acesteia, indiferent dacă cel chemat să le aplice este educator, profesor sau terapeut.

Muzicoterapia și reeducarea. De-a lungul timpului, specialiști în domeniul muzicologiei, psihologiei, pedagogiei, sociologiei, au ajuns la concluzia ca arta muzicală

are atât menirea de a îmbogăți și armoniza viața psihică cât și de a contribui la desăvârșirea personalității prin antrenarea în trăirile estetico – artistice și în actul educațional a întregii ființe umane.

Muzicoterapia are menirea de a realiza la copii performanțe ale gândirii, cum sunt: suplețea, independența, creativitatea. Prin cântec, ei își formează capacitatea de a analiza și diferenția din ce mai exact sunetele muzicale, structurile ritmico – melodice, participând activ și conștient la interpretarea lui. Totodată, gândirea se dezvoltă în condițiile în care muzica oferă un cadru cât mai plăcut și atrăgător activităților desfășurate. Mai mult ca orice stimul exterior, muzica trezește și întreține pe o durată mai mare atenția copiilor, fie prin ritm sau linie melodică, fie prin armonie sau text, determinând emoții profunde, trăiri interioare puternice sau create spontan.

Educația muzicală influențează și anumite aspecte legate de latura socio – comportamentală. Astfel, integrarea în colectivitate se realizează cu mai multă ușurință prin intermediul muzicii. Practicarea muzicii în cor determină pe copii să se asculte individual, dar și pe ceilalți, pot deprinde capacitatea de a asculta interpretări modele ale educatorului sau ale altor copii, de a se autocontrola în vederea interpretării la semnal și a sincronizării cu corul. Așa dar, muzica contribuie la educarea spiritului de ordine și disciplina.

În timpul executării cântecelor de joc, de exemplu; copiii-merg în ordine, unul după altul sau efectuată anumite mișcări sugerate de textul cântecelor, în perfectă sincronizare cu ritmul dat, așa încât, atenți fiind, disciplina se impune de la sine. Sensibilitatea muzicală este o condiție a dezvoltării formelor ulterioare, mai profunde și complexe ale sentimentelor estetice. Prin forța ei de expresie, muzica declanșează trăiri pozitive durabile, entuziasmează, inspiră, concurând la formarea și modelarea personalității. Pe de altă parte, conținutul educativ al textelor cântecelor îmbogățește orizontul de cunoaștere al copiilor, consolidează, și sistematizează cunoștințele despre natura, fenomene, meserii, societate etc.

Se știe ca cele mai atractive pentru copii sunt jocurile muzicale, cele ritmice, dansurile populare, deoarece prin practicarea lor se face apel la gestică, mimică, coregrafie, implicând predominant motricitatea adecvată tipului de activitate propusă și o anumită colaborare ce permite facilitarea integrării lor în sarcina și asimilării de cunoștințe. Inevitabil, educatorul se implică în desfășurarea activității, prin motivații pozitive, încurajând verbal un copil sau o echipă, fără să neglijeze coordonarea de ansamblu. Aceasta atitudine de includere a educatorului printre participanți face, din start, ca activitatea să aibă o notă de optimism, de încredere în reușita.

Dincolo de faptul ca provoacă o adevărată încântare pentru copii, muzica corespunde nevoii spontane de joc, mișcare și relaxare, iar intervențiile educatorului pretind o foarte bună pregătire profesională, mult tact și cunoaștere a particularităților fiecărui copil, astfel încât terapia educațională, desfășurată într-un asemenea cadru, să fie cât mai eficientă.

Obiectivele particulare ale muzicoterapiei impun :

- dezvoltarea capacității de diferențiere a timbrului sunetelor;
- identificarea și diferențierea unor surse sonore din mediul înconjurător;
- diferențierea zgomotelor produse în natura de cele produse de om;
- diferențierea zgomotelor de sunetele vocale sau instrumentale;
- diferențierea și recunoașterea glasului – cântat sau vorbit – al colegilor și al educatorului;
- identificarea unor instrumente muzicale.

Obiectivele particulare ale muzicoterapiei se pot grupa, în funcție de vârstă.

Astfel, la preșcolari se va urmări:

- consolidarea deprinderilor elementare de cant, de a începe cântecul la semnal și de a cânta sincronizat, de a răspunde comenzilor date de educator;
- formarea deprinderii de a cânta în grup cântece cu ambitus mai mare, ajungând până la sexta, urmărindu-se omogenizarea și acordarea vocilor;
- formarea și dezvoltarea deprinderii de a deosebi și reda intensității contrastante ale sunetelor (tare – încet) în cadrul jocurilor și al cântecelor;
- consolidarea deprinderii de a percepe, recunoaște și deosebi timbrul sunetelor după sursa sonoră care le produce (sunetul clopoțelului al tobei, fluietului, trompetei; rezonanța unui pahar etc.);
- formarea deprinderii de a percepe, recunoaște și reproduce sursa și intensitatea sunetelor muzicale, de a recunoaște unele cântece doar după ritmizarea unor fragmente ale acestora;

- formarea deprinderii de a executa mișcări sugerate de textul sau melodia unor cântece, urmărindu-se coordonarea mișcare – ritm - text;
- cultivarea interesului copiilor în pregătirea unor programe muzicale pentru sărbătorea unor evenimente, cum ar fi Crăciunul, aniversarea zilei de 8 Martie, 1 Iunie;
- familizarea copiilor, prin intermediul audiției, cu creațiile muzicale românești culte și populare, educarea interesului și a sentimentului de dragoste pentru aceste valori.

Obiectivele urmărite la școlari se vor diversifica, având în vedere evoluția proceselor psihice. Astfel, se va urmări:

- dezvoltarea atenției și a memoriei auditive, a receptivității și sensibilității muzicale;
- formarea și dezvoltarea deprinderii de a asculta cântece cu un conținut mai complex și mai variat, de a asculta piese muzicale vocale sau instrumentale, înregistrări magnetice pe discuri, casete, radio și TV;
- formarea deprinderii de a interpreta corect, expresiv, în colectiv sau individual cântece eu cu ambitus ce poate ajunge pînă la octave;
- dezvoltarea deprinderii de a pronunța clar, corect și expresiv textul cântecelor;
- consolidarea deprinderilor de recunoaștere și redare a unor cântece la cerere;
- consolidarea deprinderilor ritmice și melodice;
- consolidarea deprinderii de a executa corect mișcări sugerate de textele cântecelor și jocurilor muzicale urmărind sincronizarea cu alți copii;
- stimularea creativității și cultivarea interesului pentru manifestările artistico – muzicale;
- stimularea copiilor cu aptitudinii deosebite, prin orientarea acestora către instituțiile de profil.

Realizarea acestor obiective depinde de personalitatea educatorului și de particularitățile grupului de copii. Rolul educatorului este să selecționeze conținutul ce urmează a fi predate pentru atingerea obiectivelor urmărite, cât și aplicarea adecvată a strategiilor.

Pentru a ști în ce stadiu al intervenției educațional – terapeutice se află copiii, educatorul va efectua evaluările necesare. În funcție de aceste evaluări se vor proiecta viitoarele activități, având la baza obiective clare, precise, ce conduc la realizarea scopului predării muzicii, scop ce constă în dezvoltarea simțului estetic al tuturor copiilor, indiferent de aptitudinile lor muzicale, mai mult sau mai puțin evolute.

Terapia educațională realizată prin muzica apelează la următoarele **tipuri și forme** de organizare și desfășurare a activităților muzicale:

1. cântecul;
2. jocurile muzicale;
3. jocurile muzicale – exercițiu;
4. jocurile cu text și cântec;
5. audițiile muzicale,

1. Cântecul are impactul cel mai puternic asupra dezvoltării psihicului copilului. Este scop și mijloc în terapia educațională, prin el se concretizează majoritatea obiectivelor muzicoterapiei. Datorită accesibilității lui și a conținutului sau variata se dezvoltă vocea, auzul muzical, se formează deprinderea de a cânta individual sau în grup, se dezvoltă dragostea față de muzica și activitate, față de părinți, față de natură, față de patrie.

Pentru a fi frumos interpretate de copii, cântecele selecționate trebuie să fie de certa valoare artistică, să aibă funcție cognitivă, estetică și moral – educativă, așa după cum arată exemplificările de mai sus. Selecționarea va respecta principiul accesibilității astfel încât la început se vor folosi linii melodice scurte cu ambitus mic, ritm simplu, curgător, cuvinte ușor de pronunțat cu conținut lesne de asimilat. Cântecele trebuie să fie bine realizate artistic, în așa fel în cap să genereze trăiri estetice puternice și durabile. În acest context educatorul va alege pentru copiii mici cântece cu tempo mai lent, moderat, cu text simple, referitoare la activitatea pe care aceștia o desfășoară în imediată lor apropiere. La copii de vârstă mare, Conținutul cântecelor se diversifică, melodiile devin mai ritmate, cu alternări de ritm lent – alert, în cadrul aceleiași piese.

Simțul ritmului se dezvoltă în mod gradat, încât să se poate distinge varietatea ritmică a diferitelor cântece. Cunoscând plăcerea și necesitatea de mișcare a copiilor, este necesară repetare unor cântece însoțite de mișcări corespunzătoare conținutului din text,

ritmizări prin bătăi din palme, ciocănit cu degetul în măsuța, sticle, prin mers ritmic s.a. În acest mod, cântecele se transformă în joc și mențin interesul pentru activitate.

2. Jocul muzical este folosit cu precădere la copiii de vârstă mică pentru dezvoltarea simțului ritmic. Prin structura lui, jocul muzical se aseamăna în mare măsură cu jocul didactic, întrucât, la fel ca și aceasta, are sarcini precise, reguli de desfășurare și elemente specifice jocului: mișcare, întrecere, surpriza. După însăși denumirea lui, jocul muzical constituie o îmbinare armonioasă a jocului cu muzica, răspunzând perfect atât interesul copiilor pentru muzica cât și nevoirilor de mișcare de activitate.

În funcție de sarcinile, elementele de joc și regulile de desfășurare, jocurile muzicale se clasifică astfel:

- a) *jocuri muzicale ce se desfășoară după versuri* și constau în ritmarea versurilor prin bătăi din palme, marcarea ritmului cu ajutorul instrumentelor de percuție sau asociat cu bătăi din palme. Datorită specificului lor, ele pot fi denumite jocuri ritmice, deoarece contribuie într-o foarte mare măsură la dezvoltarea simțului ritmic al copiilor. Astfel, prin exerciții ritmice repetate se formează și se consolidează mai ales la copii mici, deprinderile de joc bazate pe recitative, mai întâi cu durata de pătrimi.
- b) *Jocuri muzicale ce se desfășoară după o melodie cunoscută.* Ele constau în executarea unor mișcări după muzica, în funcție de caracterul acesteia. Aplicarea lor se face diferențiați, vârste.
- c) *Jocuri muzicale ce se desfășoară potrivit sarcinii sau comenzii primite.* Constau în executarea unor mișcări după muzică, conform sarcinii sau comenzii date de educator, fie ca aceasta cere copiilor să recunoască o melodie sau fragment dintr-o piesă muzicală, fie să execute corect și expresiv comanda. Aceste reguli impun grade de dificultate mai mari sau mai mici, în funcție de vârsta copiilor cu care se lucrează.
- d) *Jocuri de recunoaștere.* El presupun respectarea unor reguli dinainte stabilite și constau în identificarea unor cântece sau a unui fragment dintr-un cântec învățat anterior.

3. Jocurile muzicale - exercițiu. Alt tip de activitate terapeutică este reprezentat de jocurile muzicale exercițiu, care au scopul de a forma deprinderile elementare de percepere, recunoaștere și redare a calităților sunetului muzical.

Jocurile muzicale – exercițiu au rol pregătitor și se desfășoare la începutul activității. În acest caz el înlocuiește exercițiul muzical pregătitor și constă în formarea copiilor din punct de vedere tehnic – vocal, prin emisia de sunete muzicale, de durată și înălțimi diferite, vocea căpătând flexibilitate. Acest tip de activitate include exerciții de reglare a echilibrului inspir – expir, emisii exacte în expir a unor sunete ce respecta treptele muzicale, precum și pronunțarea corectă a silabelor din text.

4. Jocurile cu text și cântec. Acest tip de activitate educațional terapeutică îmbină într-o structură unitară atât melodia cu textul, cât și mișcarea corespunzătoare conținutului literar. Acesta din urmă fiind subordonat în exclusivitate textului. Imaginile poetice ale cântecelor sunt transpuse în joc prin diferite mișcări specifice, potrivite cu posibilitățile copiilor. Culegerile cu cântece pentru copii oferă o varietate mare de jocuri cu text și cântec ce corespund nevoii de diversificare a conținutului literar. Interesante sunt jocurile în care mișcările se realizează simultan de toți copiii, acelea desfășurate în grupuri mici sau în roluri interpretare individual.

5. Audiția muzicală. Constituie un alt tip de activitate educațional – terapeutică, specifică muzicoterapiei. Ea contribuie pe de o parte la formarea gustului artistic, al interesului pentru muzica, iar pe de altă parte, la formarea și întărirea capacității de concentrare auditivă. Prin intermediul audițiilor muzicale, copiii sunt deprinși să asculte piese muzicale, să le urmărească cu atenție pentru a le înțelege și simți conținutul și frumusețea, dar mai ales sunt familiarizat cu „atmosfera muzicală”. Asemenea climat favorabil creează un impact benefic asupra psihicului copiilor.

Metodele și tehnicile educațional – terapeutice se afirmă ca elemente de optimizare a activității instructiv – educative prin funcțiile pe care le îndeplinesc :

- deschid căile de cea către cunoaștere;
- contribuie la sporirea eficienței formative a conținutului învățământului prin antrenarea activă a copiilor în procesul instruirii.

Acestea pun la dispoziția educatorului o gamă variată de modalități de lucru pentru fixarea diferențiată și gradată a proceselor psihice ale copiilor. Reușita instruirii și educării depinde de măsura în care se utilizează metodele și tehnicile educațional – terapeutice cele mai adecvate conținuturilor propuse. Alegerea și aplicarea metodelor și procedeele de lucru au în vedere specificul discipline predate, raportate la particularităților de vârstă, nivelul de dezvoltare psihică și experiența achiziționată. Metodele și procedeele se prefigurează și se verifică prin practicarea lor la fiecare obiect de învățământ, impunându-se valorificarea lor sub aspect terapeutic.

În cadrul activităților educațional – terapeutice de tip muzical, metodele de baza sunt: demonstrația, exercițiul, povestirea, conversația, explicația. Acestea se „modeleză” după nivelul de dezvoltare mentală, capacitatea de învățare și adaptare socială, precum și după experiența personală în domeniul muzical.

6.3. Terapia prin dans

Terapia prin dans a fost utilizată cu succes în cazurile când comunicarea era blocată sau limitată, la copii cu deficiență mentală severă sau la autiști. Se afirmă acesta deoarece „dansul ameliorează în special imaginea corporală a subiecților, fiecare identificându-și prin dans propriul ritm corporal, ca individ și ca membru al grupului de apartenență” (S.Ionescu). Muzica, dansul, pictura - artele, in general - sunt metode terapeutice folosite de psihologi pentru ameliorarea stării de sănătate în cazul persoanelor cu un anumit grad de depresie sau anxietate și nu numai, pentru ca, se știe că și în stările de privare de libertate, muzica, dansul, pictura, sunt cateva dintre metodele terapeutice indicate și folosite. De altfel, dansul era cunoscut și în cele mai vechi timpuri; omul primitiv care și-a vazut umbra miscandu-se pe stanca pesterii, s-a miscat și el, bucurandu-se de „dansul” umbrei; dansurile rituale ale vechilor triburi pentru invocarea ploii, dragostei sau fertilitatii și dansul eroilor mitici după obținerea victorie; toate exprimau emoții: bucuria, speranta, victoria.

Astazi se intampla acelasi lucru, prin dans exprimam bucuria, speranta, tristetea, „prea-plinul”, în sfarsit, toata gama emotiilor posibile. Specialistii spun ca în timp ce ne miscam, dansand, corpul nostru elibereaza endorfinele responsabile pentru starea noastra de bine. Dansul se manifesta ca o energie vitala, creatoare, este expresivitatea persoanei însasi, fiind folositor corpului uman și emoțiilor proprii. El poate deveni astfel o cale de insanatosire, o regula de viata sau o cale de acces spre o noua dimensiune. Cuvantul „dans” vine din sanscrita și înseamna „tensiune” Dansul - ca manifestare umana, a fost studiat încă din cele mai vechi timpuri, atât ca fenomen artistic, dar și ca mijloc de terapie. Cercetarile lui Rudolf Laban (1879-1958) facute asupra miscării în timpul dansului și a tot ceea ce se transmite prin dans, studiile facute în America, încă din anii 1960-1970, asupra efectelor dansului folosit ca terapie în tulburările psihice, anxioase, toate au condus la crearea unei asociații complexe denumita Association Dance Movement Therapy (DMT = dans - miscare - terapie) în cadrul careia specialistii psihologi, adoptand ca și modalitati specifice de tratament, amelioreaza diverse manifestari negative în cazuri de patologie psihica, somatica și relationala (Richardo

Vanni).

Calea terapiei prin dans este precum o „calatorie” pe care o facem pentru a ne descoperi pe noi insine, in acest mod „explorand” propriul corp, propriile gesturi, precum si calitatile miscarilor exercitate ; este o calatorie inspre descoperirea propriului stil personal, capacitatea noastra de exprimare prin dans, cine suntem noi, punctele noastre puternice, nesigurantele, conflictele dinlauntrul nostru. Sa nu uitam ca omul este un „animal simbolic” : gesturile, miscarile, sunetele, vocea, toate au o valoare simbolica in sensul ca sunt o expresie a „ceva”, ne comunica si ne leaga de „ceva” anume. Caci dansul, in fond, nu este altceva decat manifestarea fizica a trairilor spirituale. Ori „manifestarea” este exteriorizare, este eliberarea tensiunilor Eu-lui. Si, sa nu uitam, puterea muzicii si a ritmului. Care este rolul terapeutului? Acela de a-i furniza individului o cale, o idee despre cum isi poate imbunatati cunoasterea de sine, cum poate comunica mai eficient (chiar comunicarea non-verbală), de fapt o redescoperire a Eu-lui sau interior, deschis catre in afara; pentru ca dansul este un antrenament pentru corp si spirit care ne modeleaza fizic si psihic. Suferinta vine si din faptul ca avem tendinta de a ne izola, nu doar fata de altii, dar si fata de noi insine, de emotiile noastre cele mai profunde, pe care nu intotdeauna suntem dispusi sa le ascultam si sa le acceptam.

Dansul este raspunsul primar la ritm si muzica asa ca terapeutul foloseste tehnicile de dans ca sa ii aduca pe pacienti in legatura cu sinele. Un psihiatru vorbeste cu pacientii despre problemele lor in timp ce un terapeut in dans foloseste limbajul non-verbal, tehnici orientate pe miscare. In terapia dansului pacientul devine constient de sentimentele lui prin senzatii si miscari. Problemele emotionale si conflictele ies la iveala in acest mod. Prin armonizarea legaturii dintre trup si minte obiectivul terapiei dansului este de a construi stima de sine si indentitatea eului unei persoane cu probleme emotionale.

In terapia prin dans, pacientii sunt invatati sa scoata la iveala suferintele ascunse. Se crede ca extrovertirea suferintelor trecute si a frustrarilor ajuta la acceptarea si depasirea problemelor emotionale. O sesiune de terapie consta in formarea de grupuri mici observate de un terapeut. Uneori pacientii stau pe ring si cand incepe muzica sa cante incep sa isi miste picioarele pe ritmurile cantecelor. Asta ii ajuta sa se elibereze de ostilitate. Rutina zilnica se elibereaza prin muzica. Grupurile incep sa se miste, sa alerge, sa topaie, sa sara in sus. Apoi pacientii invata cum sa restabileasca legatura cu propria personalitate prin atingeri. Prima data isi ating ochii, parul, urechile, apoi se aleg partenerii si sunt incurajati sa danseze impreuna. Aceste exercitii conduc la miscari variate de tempo, dinamica si ritm. Obiectivul tuturor dansurilor, ritualurilor si miscarilor este de a ajuta pacientii sa castige incredere in ei.

Chiar dacă terapia dansului este încă o metodă nouă, se știe că poate să furnizeze o eliberare emoțională a sentimentelor reprimite, și ca rezultat, pacienții pot fi îndrumați pe calea dezvoltării sănătății mentale.

6.4. Artterapia

Expresia plastică, desenul, constituie o dimensiune a personalității globale, cu o structură și o existență proprie, cu o geneză anumită și cu un scop funcțional precis stabilit. Desenul, ca formă complexă de expresie, e capabil nu numai de a reprezenta structura formală și conținutul personalității, ci implicit și de a-l utiliza în investigație psihodiagnostică.

Aceasta din urmă, în condițiile școlii pentru deficienții de auz și pentru debili mentali, se prezintă ca o metodă de investigație activă ce constă într-o suită de „modele plastice” de la simplu la complex, imagini grupate progresiv și aplicate după principiile psihologiei experimentale și psihodiagnozei. Aceste „modele” sunt prezentate subiectului drept „sarcini-stimuli” cărora trebuie să le dea un răspuns sub formă reproducerii plastice.

Neuropsihologia desenului îl prezintă ca pe un proces complex de expresie a personalității, cu o reprezentare corticală și cu aceeași valoare ca limbajul verbal (oral și scris), în raport cu marile funcții simbolice corticale gnozo-praxologice. Fundamentul psihologic pentru explicarea naturii neuropsihologice a desenului se referă la:

- Desenul este o funcție instrumental simbolică a creierului cu aceeași valoare ca și limbajul verbal;
- Desenul are o reprezentare la nivelul anumitor arii corticale;
- Orice leziune produsă la nivelul ariilor corticale ale desenului va determina apariția unei tulburări specifice de desene;
- Fiind o funcție neuropsihică desenul poate servi ca formă de analiză psihodiagnostică;

În categoria celor mai frecvente tulburări exprimate plastic și care au valoare diagnostică se pot enumera:

1. **tulburări de formă** care reprezintă modificări ale formei fără să schimbe în esență forma naturală,
2. **tulburările de execuție** ale formei ce determină aspectul neterminat, rigid, sărac, dezordonat;
3. **tulburările de construcție** ale formei care constau în:
 - Accentuarea unui element neesențial
 - Stereotipia formei
 - Omiterea unor elemente esențiale
 - Culoarea nu vine în sprijinul formei.
4. **tulburările de schemă corporală** ce se referă la :
 - Transparența corpului
 - Asimetrii accentuate, disproporții între diferite segmente ale corpului
 - Omisiuni sau adăugire de segmente
 - Corpul redat „cu fața”, iar capul și picioarele „din profil”
 - Capul asimetric, deformat, nelegat de gât, cu contur deschis (sus)
 - Membrele cu aspect apendicular, asimetrice, supra sau subdimensionate, absența unui sau bilaterală
 - „neoformație” – cap dublu, trei mâini, mai multe degete
5. **tulburări ale sensului simbolic al formei** - apar când se solicită imaginația elevului incapabil de a crea sau folosi „forma simbol” și se referă la:
 - culoarea ce acoperă illogic toate elementele (ex.: capul are culoarea hainelor)
 - procedee speciale de desen (umbre, pete de culoare) care nu au nici o semnificație, sens, simbol.
6. **tulburările de compoziții.** Compoziția este cea mai complexă activitate de desenare la care concură numeroși factori, cu principii compoziționale logice;

acești factori conferă compoziției plastice ritm, echilibru, măsură, proporții, forță de emoționare și de comunicare. Tulburările ei se referă la :

- absența relațiilor între forme, detaliu, spațiu;
 - compoziție închisă „în plan” desfășurându-se frontal bidimensional, cu aspect static;
 - repetiția frecvență a figurilor „schemă”,
 - perspectiva afectivă domină perspectiva vizuală inversând raporturile reale dintre elemente;
 - neacordarea importanței „mediului” caracteristic temei;
 - culoarea nu are rol constructiv sau impresiv, ci exprimă doar trăirile interne ale copilului;
 - plan perceptiv îngust, care dă imagini sărace, lacunare, dezmembrate, ireale.
7. **tulburări de culoare.** Întreaga armonie a unei lucrări plastice se sprijină pe tonalitatea cromatică dominantă, pe un echilibru dirijat subiectiv. Tulburările se referă la:
- nerespectarea realismului vizual
 - absența armoniei cromatice rafinate, tonuri sau nuanțe
 - Utilizarea ilogică a culorilor (zăpada roșie, păr verde)
 - Efectul spațial al culorilor nu este folosit și desenul este plat, bidimensional, cu aspect dezordonat.
8. **tulburări ale spațiul plastic** (relaționarea structurii compoziției cu forma ei totală). Tulburările se referă la :
- spațiul gol, deschis, sărac, simplist, static, brut, sumbru
 - descriptiv, serial, decorativ
 - spațiul neechilibrat prin sub sau supradimensionarea formelor.

Desenul constituie un mecanism complex care antrenează multiple latură ale psihologiei individului, având un caracter strict individual specific, în raport cu particularitățile subiectului respectiv, cu capacitatea acestuia de expresie, cu aptitudinile, cu nivelul cultural, cu afectivitatea și întreaga dinamică a personalității sale.

Înșușirea limbajului plastic oferă deficientului de auz posibilitatea de manifestare firească, prin desen, a unei „gramatici” speciale ce exteriorizează conținutul intrapsihic global al personalității, cu aceeași valoare ca și limbajul verbal, sau scris pentru procesul de comunicare interpersonală.

Valențele activității plastice ale desenului sunt insolubil legate de conceptul de evaluare. În conturarea unei definiții a actului de evaluare, preocupările se centrează în condițiile școlii speciale pentru deficienți pe aspectele care fac din această o verificare, estimare, sancționare și atestare a gradului în care subiectul supus educației s-a apropiat de performanța ce i-a fost fixată de cerințele școlare.

Evaluarea evidențiază faptul că sunt numeroase laturile care prezintă un interes deosebit pentru cunoașterea deficienților. Din multitudinea acestora fără a opera o ierarhizare absolută, putem distinge cel puțin trei grupe cu valoare de „indicatori” ai actului de evaluare a particularităților deficienților:

- a) capacitatea intelectuală exprimată în nivelul general de dezvoltarea a proceselor intelectuale: gândirea, memoria, limbajul
- b) nivelul de pregătire școlară (antecedente educaționale)
- c) trăsături de personalitate cu rol deosebit pentru activitatea de învățare școlară: trăsături caracteriale, afective, capacități relaționale. Depistarea și decelarea acestor trăsături care-i diferențiază pe elevi reprezintă premisa oricărei acțiuni de tratare diferențială, nota sa caracteristică constituind-o adaptarea activității de instruire școlară la tipologia particularităților elevilor pentru atingerea succesului școlar.

Modalitățile de surprindere cât mai fidelă a particularităților individuale ale deficienților de auz sunt cu totul deosebite, în condițiile școlii speciale, expresiei plastice, desenului revenindu-i rolul cel mai important în furnizarea de date prin caracterul „non-verbal” accesibil deficientului sever și polihandicapatului. La omul normal, limbajul verbal oral se dovedește a fi cel care primează, în raport cu alte forme, care implicit capătă un caracter secundar în comunicare. La deficienți, în lipsa limbajului verbal, sau prezența sa în plan secundar, în combinație cu mimico-gesticulația, desenul devine un

mod de limbaj, de comunicare, depășind adesea, ca posibilități de transmitere cele ale unui mesaj, limbajul verbal.

Desenul este folosit în procesul de cunoaștere al elevilor deficienți, fiind un mijlocitor de comunicare între subiect și psiholog, valoarea narativă a acestuia oferind date cel puțin suficiente pentru o cunoaștere preliminară reală. Desenul este utilizat în scopul investigării psihodiagnostice a personalității deficientului bazându-se pe funcția sa expresivă și proiectivă, de exteriorizare a conținutului intrapsihic, pe funcția de comunicare și pe capacitatea lui de a reprezenta aspecte pe care deficientul **nu știe, nu poate** sau chiar **nu vrea** să le verbalizeze.

De asemenea desenul poate constitui o metodă eficientă de psihoterapie, acționând ca proces de învățare, reînvățare și reinstrumentalizare a funcțiilor mentale. Astfel prin desen sunt transmise cunoștințele, se fixează deprinderi se formează și se dezvoltă structuri logice ale gândirii, se dezvoltă procesul de comunicare interpersonală.

Desenul se prezintă astfel ca o formă de reprezentare plastico-statică a imaginilor realității obiective (exterioare sau interioare) proprii subiectului care le produce. El cuprinde trei aspecte principale, comune oricărei forme de expresie neuropsihică (desenul, scrisul, vorbirea) și care se referă la :

- activitatea pragmatică - desenarea
- produsul activității - desenul
- funcția neuropsihică mentală - funcția plastică

Interpretarea desenului pune în discuție mai multe puncte de vedere orientate spre două direcții: cea **estetică** și cea **psihologică**, acestea fiind justificate împreună deoarece desenul înainte de a fi o „lucrare” este un „limbaj”, un sistem simbolic informațional neuropsihologic. Orientarea psihologică care este în atenția noastră este cea dependentă de structura și dinamica personalității, desenul vehiculează conținutul intrapsihic al individului, reflectând personalitatea globală a acestuia.

Desenul, în cazul deficienților (de auz) apar ca un limbaj „ accesibil ce operează ca un sistem specific” de semne fizice concrete prin care el capătă o formă „circulant – comunicabilă” în cadrul comunicării interpersonale, comportându-se ca valoarea unui mesaj ce exprimă în exterior conținutul intrapsihic global al personalității deficientului. Astfel desenul ca limbaj, ca mesaj, este purtătorul unei informații pe care o transmite subiectul, cu o anumită semnificație și într-o formă fizică specifică particulară acestui tip

de limbaj (semnul grafică-plastic). Cu alte cuvinte, desenul, ca mesaj plastic, posedă un sistem semantic precis, un cod informațional, care în cadrul comunicării interpersonale, se va supune legilor generale ale semanticii.

Organizarea, formarea, transmiterea, înțelegerea – pe aceste valențe de tip comunicațional se bazează multe din acțiunile psihopedagogice specifice școlii speciale pentru deficienți, desenul devenind un semnal specific psihoplastic care încorporează, fixează și transmite o imagine mentală. Desenul se manifestă ca un „semnul complex” cu valoare informațională, ca un ansamblu semantic de mesaje, organizat în scopul stabilirii precizării și transmiterii unor enunțuri ideo-afective complexe.

Expresia plastică, desenul, în contextul investigațiilor asupra deficientului depășesc punctele prin care sunt privite ca aptitudine practică de a copia realitatea, valențele lor referindu-se la:

- valoarea expresivă – data de gestul grafic care traduce unele aspecte legate de temperament și natura reacțiilor tonico-emoționale ale subiectului,
- valoarea proiectivă – se referă la capacitatea desenului de a da o imagine fidelă a ansamblului personalității subiectului (conținutul intrapsihic),
- valoarea narativă – este cea care sensibilizează rapid și captează atenția, fiind influențată de căutarea a ceea ce are interes pentru subiect, de alegerea temelor desenului, toate acestea în raport cu experiența personală, amintirile, imaginarul personal,
- valoarea asociativă – prin care desenul este rezultatul unei condensări de semnificații și în acest sens, conținutul desenului (tema, stilul) se apropie, ca tip de elaborare psihologică, de vis.

Este adevărat că în afara aspectelor pur psihologice care condiționează desenul și expresia plastică sunt elemente de altă natură care le condiționează calitatea: nivelul de instrucție, cultura, mediul socio-familial, etc.

Formele în care desenul poate fi utilizat ca modalitate terapeutică sunt nelimitate în munca educatorului. Având în vedere faptul că el este parte componentă a unei funcții de simbolizare și constituie în latura sa expresivă – o formă de comunicare, dar una care nu este supusă cenzurii morale, pentru aprecia deci valoarea sa de exprimare a intimității personale a ceea ce a fost reprimat de normă, de reguli, anturaj, grup, societate. Trebuie însă să apreciem că atât producțiile libere, cât și cele cu tema dată, nu trebuie apreciate pe

criterii estetice, ele sunt executate cu scop terapeutic și numai prin educație, instruire pot fi dirijate și elementele estetice, dar nu impuse aprioric în execuție.

Forța neuromotorie din timpul desenului, care este după cum se știe dezordonată, subtensionată, poate fi prin educație și terapie dirijată, structurată pe sarcina de a executa. De asemenea prin modul în care este educată folosirea culorilor constituie un mod specific de terapie. Este stabilită relația care există între culoare și starea psiho-afectivă, de aceea experiența cromatică a individului trebuie dirijată și valorificată. Sensurile existențiale ale persoanei sunt reflectate în modul în care culorile sunt folosite în desen, în pictură, în vestimentație, etc.

Atât deficientul mintal cât și cel de auz au o simptomatologie cromatică, date relevante despre reprezentarea eului, despre afectivitate, nivelul emoțiilor, sentimentelor, stările și trăirile relaționale, date despre viața de grup școlar, familial, larg social. Paleta cromatică a deficientului mintal este foarte redusă, cu elemente de „stereotipii” în utilizarea aceleași culori, surdo-mutul dispune de o paletă mai largă, cu o mai mare deschidere și pentru culorile intermediare sau derivate : gri, mov, violet, oranj, bleu, etc.

În tehnica desenului tematic sau dirijat, după imaginea obiectului sau obiectelor, compensarea cromatică poate fi exersată prin antrenamente susținute sub dirijare nemijlocită și exercițiu. Dacă copilul cu deficiență de auz redă corect cromatic o temă chiar fără prezența obiectului sau a imaginii, deficientul mintal asociază monoton culoare cu obiectul sau imaginea acestuia. Nici un desen al deficientului mintal nu va dispune de paleta cromatică a unui peisaj, de exemplu, desenat din îmbinarea corectă a imaginii cu ceea ce ea reprezintă. Nici un desen nu va putea surprinde sensul acțional - mișcarea sau succesivitatea unor acțiuni umane.

Un sistem terapeutic care nu ia în seamă toate laturile persoanei, în acțiunile sale efective, nu poate să se înscrie pe coordonatele amintite mai sus. Programele de educație și terapie sunt elaborate analitic pînă la nivelul unor operații și capacități, dar au în vedere permanent și sincron „personalitatea ca întreg”.

Caracteristici distinctive ale artterapiei. Creativitatea artistică exprimată prin căile de expresie plastică – modelaj, desen, pictură, sculptură, expresivitate mimico-gesticulară, expresivitate scenică, muzică prin ritm și melodie, au un rol important în procesul educațional-terapeutic.

Moduri de folosire a materialelor specifice artei. Edith Kramer distinge cinci moduri în care materialele specifice artei pot fi folosite. Primele patru nu sunt calificate ca artă și sunt explicate ca fiind stadii preliminare, simptome de disfuncție care reflectă o delimitare psihologică sau o comunicare limitată.

- ✚ **Prima categorie** este formată din-activități premergătoare – explorarea proprietăților fizice ale materialelor care nu duc la crearea configurații simbolice, dar sunt cotate ca pozitive.
- ✚ **A doua categorie** este descrisă ca activități haotice – ca spoit, stopit, mâzgălit – componente distructive, determinate de pierderea controlului.
- ✚ **a treia categorie** – stereotipiile – denumite acre în slujba apărării. Acestea pot lua forma copiatului, trasatului sau a repetițiilor stereotipe. În cadrul acestei categorii se identifică două tipuri:
 - stereotipiile convenționale;
 - stereotipiile rigide sau bizare, care au un înțeles personal, evidențiind false sentimentale.
- ✚ **A patra categorie** și cea mai controversată este pictografia – ca fiind o comunicare pictorială care înlocuiește sau suplimentează cuvintele.
- ✚ **A cincia categorie** și cea a – expresiei formale – definește producerea de configurații simbolice care servesc cu succes atât exprimării de sine, cât și comunicării. Pentru E. Kramer, numai acest mod de a folosi materialele este arta în sensul deplin al cuvântului, deoarece derivă din sentimente evocate și servește ca analog pentru o variată formă de experiențe umane.

Categoriile evidențiate de Kramer nu sunt separate rigid, astfel, un copil poate trece prin activități de joc premergătoare spre expresia formală, poate regresa la producțiile haotice, poate să se retragă într-o activitate depresivă ca să ajungă înapoi la o activitate creativă, finală.

Efectele art-terapiei:

- reactualizarea eului;
- identificarea persoanei;
- deconflictualizarea;

- învățarea simbolurilor culturale;
- reechilibrarea afectivă;
- diferențierea afectiv-emoțională;
- compensare unor componente alterate;
- valorificarea de sine – socializare.

Obiectivele psihoterapiei de expresie sunt realizate prin :

- perceperea simbolurilor și faptelor culturale;
- receptarea afectiv - cognitivă a simbolurilor;
- imitarea și executarea simbolurilor;
- transformarea lor în activități proprii;
- dezvoltarea unor forme de interes, recompensă, motivație;
- selectarea valorilor și activităților de cunoaștere;
- asigurarea unui sentiment de conform prin aceste activități.

Există astăzi o varietate de studii și cercetări în legătură cu rolul de expresie (artistic) al copilului normal. Ele sunt folosite și ca mijloc de interpretare a personalității patologice sau morbide.

Psihologia activității patoplastice:

- modelajul în plastilină sau lut;
- sculptura;
- pictura sau desenul;
- decorațiunile;
- confecționarea de jocuri – jucării – marionete;
- artizanatul;

- dansul – muzica - teatrul;
- terapia verbală.

Strategii de artterapie accesibile persoanelor cu nevoi speciale:

1. **Modelajul în plastilină sau lut** reprezintă – nivelul bazal – al posibilității de exprimare artistică. Contactul cu materialul, inclusiv cu lutul, induce o stare de satisfacție, de reconfort. Se pot nota expresiile verbale din tipul modelajului și discuțiile dintre parteneri. Produsul realizat, indiferent de valoare sa artistică, întărește motivația existențială și contribuie la schimbarea imaginii de sine. Sunt de apreciat efectele psihoterapeutice ale activității în grup și posibilitățile de afirmare de sine pe plan social, prin expozițiile organizate (la nivelul tuturor școlilor speciale).
2. **Sculptura** este inclusă de unii autori în tehnici de artterapie. Lemnul sau alte materiale, prin rezistența lor, necesită o activitate psihomotrică mai încordată și mai susținută, cu importanța în decontractarea motorie, fenomenul de bază în tehnicile de relaxare. Ajustarea unor materiale din natură și transformarea lor în relaxare. Ajustarea unor materiale din natură și transformarea lor în obiecte de artă și cu utilitate, pot pune în evidență anumite tensiuni interioare și totodată asigură descărcarea tensiunilor psihice prin fenomenul de catarsis.

Un alt grup de tehnici folosite în art-terapie sunt pictura, decorația pe materiale de tot felul, inclusiv pe sticlă, desenul artistic, confecționarea de jucării, jocuri, confecționarea de obiecte de artizanat, păpuși, măștișoare, ilustrate. Practicarea lor presupune, într-o măsură mai mică sau mai mare, certe preocupări artistice, simt dimensional și cromatic, mișcări mai fine și mai bine dozate, interes deosebit, care finalizate în produse conferă deosebite satisfacții. Unele din ele cer multă imaginație și fantezie, altele migală și lucru de amănunt, de mare finețe, fiind, în majoritate lor, accesibile atât copiilor cât și adulților. Toate aceste activități pot fi folosite pentru reeducarea deficiențelor membrilor superioare, uneori și a celor inferioare (desenul și pictura efectuate cu ajutorul degetelor de la picioare) în bolile psihice, retardul mintal.

3. **Pictura** și desenul artistic sunt îndeletniciri recuperatorii foarte agreate, putând fi practicate din orice poziție și necesitând doar pensulă, pânză, culori sau creion și hârtie. Sunt abordabile de toți handicapații care au mai mult sau mai puțin simț artistic. Modalitățile folosite sunt în funcție de deficiențe, merg de la pictura cu

degetul sau cu pensula în gură pînă la rafinamente moderne, prin aruncare, pulverizare, tamponare, etc. picturile pot fi calme sau violente, trădând tot atâtea stări sufletești cu substrat psihic.

4. **Decorațiunile pe materiale de tot felurile** – lut, sticlă, os, marmură, mozaic, stofă, piese foarte mici (pietricele, scoici etc.), pe pereți întregi, pe pavimente făcute din marmură sau mozaic, mochete.

Ca și celelalte activități legate de cromatism, decorațiunile pot fi folosite pentru a lupta împotriva tulburărilor de percepție a culorilor, dar și a altor deficiențe.

5. **Confecționarea de jocuri și jucării, marionete**, ca și desenul și pictura, intră în categoria activităților ce caută o comunicare prin redescoperirea unor posibilități noi, fapt care permite proiectarea propriilor trăiri, cât și libertatea de exprimare. Munca, imaginația, talentul, simțul estetic sunt solicitate, permițând descoperirea preferințelor și înclinațiilor personale. Afecțiunile psihice constituie prima indicație a acestor activități de grup, care oferă căi de descărcare psihică și finalizare practică, ca toate activitățile artistice, care constituie un univers al fanteziei și întruchipării propriilor fantasmе, vise, aspirații. În măsura posibilităților, jucăriile și jocurile vor fi adaptate pentru a permite o mai bună prehensiune, pentru ca folosirea lor să contribuie la reeducarea funcțională cât mai intensă a anumitor articulații, să reducă coordonarea vizual-motrică, să tonifice mușchii și articulațiile membrelor.
6. **Artizanatul** este o modalitate de expresie ce folosește teme de inspirație folclorică, oglindește cultura satului românesc, arhitectura, obiceiurile. Covoare, bluze, căni, linguri pirogravate, sticle îmbrăcate, obiecte confecționate din scoici, toate acestea și tehnica de fabricație mai complexă. Activitatea reprezintă un prilej de reeducare a gesturilor, gusturilor, mobilității articulațiilor și educarea simțului estetic.
7. **Dansul. Pantomima** este un dans de exprimare a unor gesturi specifice unui personaj sau unei acțiuni - poate fi executată cu muzică sau fără, se pot utiliza și măști. Proceduri:
 - se vor imita personaje cunoscute din viață sau din literatură.
 - Pentru agresivi în prima fază se cere să imite un războinic (pentru detensionare), apoi să imite un învins.

Dansul în cuplu – virtuți de socializare deosebite pentru adolescenți. Cuplu – forma cea mai puternică de comunicare și relație socială.

Formarea unui cuplu reprezintă o alegere, o opțiune, pentru :

- ieșirea din conflict;
- ieșirea din situația de marginalizare;
- exprimarea publică a unei inițiative și dorințe;
- cererea de intrare în relație;
- realizarea unui dialog subconștient între forțele instinctuale normale și canalizarea unor tendințe abisale;
- realizarea unui dialog în stil social;
- stabilirea unei situații afective pozitive;
- întărirea unui comportament social pozitiv;
- eliberarea de sub tensiunea impulsurilor.

Dezvoltă prin tensiunile interpersonale o gamă de sentimente – pasive, dragoste, autovalorificare, schimbarea imaginii de sine, perceperea pozitivă a celuilalt. Aceasta are o dublă importanță – umanizează individul prin formarea comportamentului social.

Dansul în cuplu intensifică descărcările refulate ale unor inhibiții social-morale, având consecințe benefice asupra stării de echilibru a persoanei. Impune o atentă compoziție a eșantioanelor de subiecți puși în relație.

Terapia de expresie verbală se pune în evidență stilul de comunicare prin limbaj – „stilul face omul”, S.J. Brunner, Montagus și Luria demonstrează:

- rolul limbajului în organizarea comportamentului;
- rolul limbajului în învățarea conduitelor sociale;
- rolul limbajului în devenirea socială,
- raportul dintre tulburarea limbajului și tulburările de comportament,

- relația dintre modificările de percepție verbală și comportamentul socio-moral.

Consecințele deficiențelor de limbaj asupra individului.

- a. pe de o parte influența unui limbaj degradat i-a modificat individului capacitatea de adaptare socială;
- b. imaginea valorii sale și a altora a fost afectată prin utilizarea unui limbaj poluat, datorită inducției efectogene a atitudinilor, cunoscut fiind că limbajul vehiculează o mare încărcătură afectivă;
- c. cea mai importantă variabilă modificată prin utilizarea unui limbaj degradat este percepția, reprezentarea și structurarea valorilor morale.

În cazul terapiei de expresie verbală se vizează, în primul rând catharsisul. Catharsisul este un procedeu similar cu cel din psihoterapia de factură freudiană. Se realizează prin trei modalități:

- a. repovestirea liberă a unor întâmplări conflictuale;
- b. povestirea în scris a situației declanșatoare de conflict;
- c. i se dă subiectului o temă și i se cere să-și imagineze cum va decurge acțiunea –se recurge la discuții libere pe baza tehnicilor individuale.

Recitirea de poezii:

- selecția unei poezii pe care o preferă;
- se va recita și ne va imprima pe bandă;
- se va asculta banda și apoi se va recita.

Este o tehnică indicată pentru însușirea corectă a sunetelor, a semnificației lor, de pronunție corectă, insistându-se pe aspectele afective ale limbajului.

Teatralizarea sau interpretarea de roluri. Rolurile vor fi alese de fiecare subiect și învățate – se are grijă ca semnificația și conținutul materialului de învățat să fie adaptat scopului. Se urmărește astfel o învățare comportamentală și socială. Rolul interpretat devine un instrument al acțiunilor interpersonale. Rolul poate fi al celui care îl joacă, un rol complementar sau un alt rol. Principiul de bază este de schimba rolurile între protagoniști. Se ajunge la un fenomen de interacțiune care prin intermediul rolurilor

devine acțiune. Interpretarea prin raporturi acționale (copilul poate avea ca parteneri o persoană reală) exprimă modelul și pe sine însuși.

Copilul și desenul. Dintre planurile multiple în care se manifestă personalitatea copilului în desen (așa cum au fost conturate prin studiile psihometrice, clinice și de generalizările statistice), se prezintă în continuare următoarele trei:

A. Valoarea expresivă a desenului

Gestul grafic, maniera în care copilul tratează suprafața albă, alegerea formelor și locurilor sunt elemente ce exprimă starea sa emoțională, temperamentul sau cea ce este cunoscut sub numele de valoarea expresivă a desenului. Cu privire la gestul grafic, se distinge linia furioasă, agresivă (care poate, la limită, să antreneze o ruptură, o sfâșiere a hârtiei), de linia ezitantă, abia subliniată. În acest sens, unii autori consideră că studiul desenului nu diferă fundamental de grafologie, el putând să constituie un simplu caz particular. S-a realizat o clasificare a diferitelor tipuri de trăsături și s-a încercat o corespondență grafică într-un anumit tip de emoții. S-a putut, de exemplu, verifica existența unei mari concordanțe între expresia grafică, umor și caracter.

O analogie ar exista, de asemenea, între cadrul spațio-temporal în care se situează copilul și spațiul grafic sau, altfel spus, un paralelism între pulsunile sale și mișcările grafice. Copilul ambițios, care caută să-și afirme prezența sa în tot locul și în orice moment, va avea un desen care va acoperii pe cât posibil spațiul foii. Deseori, însă, umplerea sistematică a întregii foi poate fi în egală măsură un semn de imaturitate, după cum utilizarea unui spațiu exagerat de mic poate fi un semn de dezechilibru.

Concepția simbolică asupra spațiului (Pulver) propune o divizare a foii de desen în trei zone orizontale și două zone verticale. Zona orizontală superioară ar simboliza idealul mediană – centrul de interes al copilului, zona inferioară – pulsunile sale primitive; banda verticală dreapta ar prezenta viitorul, iar cea stângă trecutul. Această concepție este mult discutabilă. Tendința spre zona superioară a paginii ar indica și propensiunile spre orgoliu, pe când zona inferioară, de la baza foii, ar ilustra stabilitate și puternică înrădăcinare.

Studiul formelor (Rose Alschuler și B.Weiss Hattwick) a urmărit realizarea unei comparații între stilul grafic și viața afectivă a copilului. Astfel, copiii care manifestă interes mai ales pentru liniile drepte și pentru unghiuri sunt copii realiști, deseori cu o bună capacitate de organizare și inițiativă. Dimpotrivă, cei care preferă liniile curbe sunt sensibili, foarte imaginativi, dar fără încredere în ei, căutând aprobarea adulților. De asemenea, predominarea formelor circulare ar fi un semn de imaturitate și feminitate,

echilibrul dintre formele circulare și liniile verticale ar indica un echilibru și control al impulsivității; predominarea verticalelor ar fi proprie temperamentelor active, energice, bărbătești orientate spre exterior. Mai rară predominarea liniilor orizontale ar fi adesea un indicator al conflictelor psihologice.

Cercetătorii s-au preocupat și de studiul **dispunerii, al orientării liniilor în spațiu**. Astfel, a fost opus spiritul de decizie al celor ce-și orientează liniile în direcții coerente, celui impulsiv, al celor ce-și orientează liniile în toate direcțiile. Predominarea formelor unghiulare ar reflecta maniera regresivă, dispunerile în zigzag și liniile sparte, din bucăți, ar fi semne ale instabilității, iar preferința pentru puncte sau mici pete ar exprima ordinea și meticulozitatea.

Culoarea are, de asemenea, o valoare expresivă. Fiecare culoare are efecte proprii. Culorile reci, în particular tonurile albastre, au tendință să se concentreze, să „ fugă” din fața privirii noastre, pe când tonurile de roșu iradiază, tind să „ avanseze” spre noi. Există culori care se completează sau se opun. Anumite combinații dau impresie de armonie, de coerentă, altele, din contră, provoacă efecte contrastante. Noțiunea însăși de ton cald sau ton rece este semnificativă și pare să fie legată de proprietățile fizice elementare ale culorii. Aceste efecte ale culorilor sunt induse și de corespondențele naturale dintre culori și anumite elemente naturale. De exemplu, între roși și sânge, simbol al vieții, dar și al rănirii, al ferocității; între bleu și cer sau apă; între verde și vegetație; între galben și foc sau lumină. Corespondențele dintre culori și natură vizează nu numai lucrurile, ci și diferitele stări ale substanței. De exemplu, tonurile opace și terne evocă o substanță materială rezistentă, în timp ce tonurile vii au o calitate aeriană, care evocă jocul luminii traversând lucrurile.

Impresiile de tristețe sau de bucurie, de armonie sau de tensiune pot fi citite din desenele copiilor. În ansamblu, culorile calde sunt apanajul copiilor deschiși, bine adaptați grupului, în timp ce culorile neutre caracterizează copiii închiși în ei înșiși, independenți și adesea agresivi.

Roșul, culoarea preferată de copii mici, mai târziu va exprima manifestări de ostilitate și dispoziții agresive.

Printre copiii care utilizează albastru se pot distinge două grupe: cei care caută să se conformeze regulilor exterioare, dar care în profunzime nu le acceptă, și cei care se conformează de asemenea, regulilor grupului, dar sunt suficient de evoluția ca să le accepte.

Negrul ar exprima inhibiție, teamă și s-ar asocia unui comportament depresivă; portocaliul o stare de fericire de relaxare, verdele o reacție față de disciplină prea riguroasă; violetul tensiuni conflictuale. Prezintă, de asemenea, interes alegerea nuanțelor și reprezentarea acestora; suprapunerea exprimă conflictul dintre diverse tendințe; izolarea acestora exprimă rigiditate și teamă; amestecul fără discriminare ar exprima imaturitate și impulsivitate.

B. Valoarea proiectivă a desenului

Stilul general de reprezentare exprimă dispozițiile fundamentale ale viziunii copilului asupra lumii și constituie valoarea proiectivă a desenului. Valoarea proiectivă a desenului copilului se referă la efectul provocat de aceasta, stilul sau personalitatea ca tonalitate (în psihanaliză proiecția are un sens bine determinat, sensul de „proiectiv” utilizat aici este diferit de cel psihanalitic).

Astfel, în desenele unor copii domină mișcarea și culoarea, mișcări ascendente și mișcări descendente ale personajelor, arborilor, etc, preferința pentru anumite culori, în timp ce la alții domina un echilibru, personajele au atitudini rigide, parcă sunt închegate, linia este riguros uniformă, iar juxtapunerea culorilor dă ansamblului un aspect armonios.

Francoise Minkowska distinge, în acest sens, două tipuri de temperament „raționalul” care se complace în abstract, în imobil, solid și rigid căruia îi scapă mișcarea și „intuitivul”, care mai mult gândește decât simte, care separă și discerne obiectele prin contururi precise; „senzorialul”, din contră, aplecat spre concret, mai mult simte decât gândește, vede lumea în mișcare, în imagini totdeauna vii, depărta de orice abstracție.

În desen copilului se regăsește această opoziție atât în desenele libere, cât și în desenele cu temă. Copilul senzorial se interesează de obiectele familiare, îi place să le acumuleze, ceea ce dă desenului său impresia de bogăție extremă. În peisaje apar case, arbori, personaje. În detaliu, fiecare obiect este reprezentat cu o grijă deosebită, totul este viu, totul se mișcă, totul este în curbe și sinusoidale. Alegerea culorilor este, de asemenea, caracteristică. Tipul senzorial iubește tonurile vii, realiste, culoarea domină forma și dă ansamblului o impresie de lumină și viață.

C. Valoarea narativă a desenului

Desenul copilului reflectă, de asemenea, centrele sale de interes, gusturile, preferințele. Aceste mobiluri determină copilul să facă un anumit desen și nu altul. Rareori copilul alege tema desenului pe baza sugestiei altei persoane. Cel mai adesea alegerea obiectului este determinată de situație. Vederea unui obiect care marchează conștient sau nu

imaginația copilului constituie, de asemenea, o ocazie pentru alegerea temei. De exemplu, noutatea obiectului: un avion, fructe de sezon etc. deseori nu obiectul însuși va stimula opțiunea, ci o imagine, o fotografie care îl reprezintă, nu atât obiectul îl fascinează, cât reproducerea sa, mai ales când copilul descoperă mijloacele pentru a-l reprezenta în imagine.

Tot astfel, desenele anterioare exercită o atracție puternică și favorizează repetarea aceluiași teme. Uneori, cu ocazia unor erori, a unei improvizații, copilul găsește în schema sa obișnuită un sens nou sau descoperă posibilitatea de a prezenta un nou tip de obiect. Alegerea temei este deci, în general, determinată de două serii de mobiluri: dorința de reprezentare a unui anumit obiect, plăcerea de a reproduce anumite scheme grafice obișnuite și de ocazia mutațiilor deliberate sau inopinate de a încerca să le aplice în reprezentarea altor obiecte care nu erau alese anterior.

Imitarea directă a unui obiect perceput nu joacă aici (cadrul valorii narative a desenului) decât un rol secundar. Ceea ce-i place lui nu este să dea iluzia prezenței unui obiect absent, ci să se asigure de puterea sa de a semnifica prin imagini. Copilul copiază puțin obiectele reale pentru că acest exercițiu îl ajută să – și perfecționeze schemele sale obișnuite. Dacă alegerea obiectelor este legată adesea de circumstanțe, ea depinde, de asemenea, de preferințele sale obișnuite, de lumea cotidiană, de cărțile al căror conținutul îl impresionează, de reveriile lui etc.

Alegerea obiectelor și temelor este de altfel, în întregime curioasă. Un anumit copil va reproduce scene domestice, cu animale sau scene de explorare, etc. Un altul, scene de război, de agresiune sau scene din sporturi, etc. În spatele acestor teme se află preocupările cotidiene, dorințele, visurile copilului. Repetarea unor teme are o mare valoare indicativă. De exemplu, în desenul satului/orașului la copii instabili emoțional, apar cu mare frecvență străzi mai lungi și mai sinuoase.

În concluzie, desenul copilului și dialogul adultului cu acesta dezvăluie structura și dinamica personalității copilului, relațiile lui afective cu lumea, mișcările de apropiere sau de retragere, care marchează raporturile cu ființele sau lucrurile. Desenul și pictura dau posibilitatea copiilor, așa cum am văzut de altfel, de exprimare, de structurare și de dezvoltare a propriei personalități; au valențe psihoterapeutice general recunoscute.

Reprezentanta Școlii Active, Măria Montessori, spunea „să nu-i educăm pe copiii noștri pentru lumea de azi. Această lume nu va mai exista când ei vor fi mari, și nimic nu ne permite să știm cum va fi lumea lor. Atunci să-i învățăm să se adapteze". Pentru a putea să se adapteze viitoarei societăți, în sistemul educațional trebuie stimulată și

formată creativitatea. Acest obiectiv fundamental este operaționalizat în procesul de învățământ artistic.

Terapia de expresie grafică și plastică are o valoare formativă ce va conduce la apariția de situații de învățare valoroase ce vor evidenția pe lângă încărcătura estetică și pe cea etică și socială a conținuturilor temelor plastice.

Un alt obiectiv al psihoterapiei de expresie este cel de a da individului un ideal estetic formându-i atitudini și un comportament estetic, dezvoltându-i deplin și unitar personalitatea prin valorile artei. Această terapie introduce frumosul, nevoia acestuia, conștientizarea acestei nevoi în viața și în activitatea elevului. Prin acest mod de terapie se întregeste personalitatea copilului, se diminuează diferențele dintre elevul cu cerințe educative speciale și cel obișnuit, deziderat realizabil prin îmbinarea și dezvoltarea cât mai eficientă a celor trei mari componente ale personalității: aptitudinile, care exprimă nivelul de realizare și de eficiență într-un domeniu de activitate; temperamentul, care exprimă aspectul dinamico-energetic; și caracterul, ce definește modul de relaționare a individului cu ceilalți, profilul psiho-moral al fiecăruia.

Așadar, prin psihoterapia de expresie grafică și plastică (modelaj, desen, sculptură, pictură etc) se realizează asimilarea principalelor elemente de limbaj plastic, dezvoltând capacitatea de a se exprima uneori mai repede și mai ușor decât prin comunicarea verbală.



Întrebări de recapitulare:

1. Caracterizați modul de desfășurare a procesului de ludoterapie în reabilitarea copiilor cu deficiențe.
2. Argumentați necesitatea utilizării meloterapiei în reabilitarea psihosocială a persoanei.
3. Elucidați semnificația terapiei prin dansi în reușita terapiei ocupaționale.
4. Nominalizați formele artterapiei. Enunțați exigențele metodologice de organizare a lor.

Studiu individual:

1. Propuneți unui grup de copii să deseneze propria lor familie, casă sau ceva la dorința proprie. Analizați produsul activității lor din perspectiva reperelor științifice ale artterapiei.
2. Selectați piese musicale ce ar contribui la realizarea diferitor



Tema 7. Repere metodologice de realizare a procesului de ergoterapie

7.1. Ergoterapia: definiții, obiective, faze

7.2. Elemente aplicative ale ergoterapiei.

7.3 Ergoterapia și persoanele cu probleme de sănătate mentală sau fizică.

Obiective:

- Să cunoască esența procesului de ergoterapie
- Să explice modul de organizare și funcționare a atelierelor de ergoterapie
- Să poată să planifice și să execute o intervenție ergoterapeutică.
- Să înțeleagă cum ergoterapia poate ajuta diveritor catrgorii de beneficiari.

Concepte cheie: ergoterapie, atelier de ergoterapie, intervenție ergoterapeutică

7.1. Ergoterapia: definiții, obiective, faze.

În literatura de specialitate ergoterapia este definită în două moduri:

- În **sens larg** - ergoterapia este sinonimă cu terapia prin muncă ca metodă în cadrul terapiei ocupaționale.
- În **sens restrâns** - procedeu de recuperare ce se desfășoară în cadrul atelierelor sau unităților productiv specializate din spitalele și instituțiile de asistență și școli speciale.

Având în vedere domeniile de aplicabilitate ale ergoterapiei (patologia loco- și neuro - motorie, bolile psihice, neurologice, bolile pulmonare, reumatologice, geriatrie, pediatrie, cardiace, deficiențele mintale, senzoriale), **obiectivele intrinseci sunt:**

- înlăturarea tulburărilor pasagere, simple sau multiple și reeducarea gestuală, deci recuperarea unui deficit motor;
- reeducarea mijloacelor de exprimare, implicând vorbirea, comportamentul;
- restabilirea independenței bolnavului sub aspect psihomotoric.

obiectivele extrinseci:

- recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă;
- încadrarea profesională și socială;
- amplificarea procesului de maturizare.

Recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă – asigură o autonomie economică și socială prin obținerea colaborării active a subiectului din proprie convingere, prin efortul de voință și interes să reușească să răspundă cerințelor vieții normale, deci să fie redat societății.

Deși are și un scop economic, valoarea economică a ergoterapiei are o importanță secundară, prin aceea ca :

- scurtează perioada incapacității de muncă;
- este mijloc de instruire a deficienților pentru obținerea unor câștiguri prin muncă, economisind ajutoarele medicale și pensii.

Principala sarcina a ergoterapiei nu este de a crea valori, ci de a ajuta beneficiarul să redobândească relațiile cu societatea și viața. Nu interesează cantitatea producției, ci ceea ce simte beneficiarul, posibilitatea de a fi din nou activ, de a crea ceva nou, fenomen ce are valoare și pentru societate.

Valoarea economică a ergoterapiei a dat naștere la controverse. Studiile publicate sub egida UNESCO privind aspectele economice ale educației speciale, urmărită în 3 state, Cehia, Noua Zeelanda, SUA, stabilesc gradul și maniera în care handicapatul mintal poate dobândi independența economică ca urmare a unui proces de asistență, tratamente, educație adecvate.

Studiile urmăresc:

- gradul de autonomie economică
- raportul care există între efortul societății și profiturile aduse, atât pentru individ, cât și pentru societate.

Studiul lui FR.KABELE, referitor la învățământul din Cehia clasifică handicapatul mintal în 4 grupe, după criteriul prognozei profesionale, gradul de realizare a unei autonomii economice, ca urmare a unui „tratament complex”.

- primele două grupe – au statut de invaliditate completă (nevoia de asistență îndelungată, pot avea rol în societate uneori în condiții speciale);
- grupa a 3-a – beneficiază de asistență socială ca la vârsta adultă să poată presta o activitate corespunzătoare, având o capacitate de muncă parțială;
- grupa a 4-a cu posibilități normale de inserție socio-profesională (cuprinde handicapați de origine socio-culturală).

Studiul lui Braddok, reflectă referitor la învățământul special din USA, criteriile de evaluare a beneficiilor ce le aduce educația specială - independența economică și socială.

1) noțiunea de autonomie.

Autonomia este concepută ca având un caracter de relativitate, ce se poate determina în 3 domenii:

1. familia sau plasament familial;
2. educație;
3. ocupație (ocuparea unui loc de muncă în condiții de concurență).

În fiecare domeniu există diferite grade de autonomie – de la autonomia apropiată de normal pînă la cea de relativă independentă, ce solicită unele condiții speciale.

După Braddok „ a avea handicap într-un domeniu nu înseamnă a fi handicapat în altul”.

- 2) Al doilea obiectiv extrinsec urmărit de tratament ergoterapiei este cel de **încadrare, reîncadrare sau reconversie profesională și socială a handicapatului.**
- 3) Al treilea obiectiv se referă la **amplificarea procesului de maturizare.**

Ergoterapia , considerată ca mijloc de maturizare, plecând de la stadiul infantil datorat procesului de regresie ce apare ca o consecință a deficienței, pînă la nivelul de maturare, apropiat de vârsta corespunzătoare de nivel mintal, de pregătire școlară și de experiența de viața a deficientului.

Aspectele readaptării profesionale

În rezolvarea problemelor de readaptare profesională va trebui să ținem seama de cele 10 comandamente ale existenței integrate a handicapatului, propuse de Einer Helander: viața familială (cu un cămin, copii, participare directă la viața comunității, locuința, educație și formarea); petrecerea timpului liber „loisir”; servicii publice (ex. accesul handicapatului la mijlocul de transport), posibilități de asociere; situația economică (compensarea pierderilor de venit ca urmare a infirmității); participare la activități politice (drept de vot și de a avea un rol în administrația publică).

EFECTELE ERGOTERAPIEI

Fiind, în esență, activă, ordonată, terapia prin ocupație și munca se opune în activității, posibilității renunțării, efecte frecvente ale bolilor și spitalizărilor de lungă durată. Odată cu distragerea bolnavului, aceste activități îi mobilizează energia, voința, dorința de recuperare.

1. Posibilitatea de a fi implicat în activități plăcute, care necesită atenție, determină **scăderea anxietății**, prin scurtarea timpului de introspecție; face uz de deprinderile cognitive ca : planificarea; memoria; concentrarea și procesele secvențiale; contribuie la **respectul de sine** datorită achizițiilor și promovează plăcerea prin activitatea simplă de „a face”.
2. Posibilitatea de a lucra pentru a depăși deficitul motor prin folosirea unor activități adaptate și uneori special proiectate și dotate cu echipamente ce facilitează modele de mișcări; folosirea prelungită (îndelungată) a corpului în activități coordonate și mișcări lejere și secvențiale.
3. Posibilitatea achizițiilor de deprinderi și abilități în ciuda disfuncționalității, îmbunătățește imaginea de sine și conserva deprinderile fizice și cognitive.
4. Posibilitatea de a face lucruri oferă ocazie de etalare fără restricții și graba sentimentele lor față de alții care împărtășesc aceeași experiență, șansa de a face lucruri în comun, de a fi într-un rol independent și a și îmbunătăți deprinderile de comunicare.

Posibilitatea de a avea un ciclu al activităților zilnice mai normal promovează o stare de bine, o relaxare naturală; în lătură nocivitatea problemelor asociate cu inactivitatea.

Efectele terapiei (Steindler) prin activitate și munca sunt multiple:

- 1) Fizice,

- 2) Psihice,
- 3) Psiho-sociale
- 4) Economice.

Steindler le formulează astfel :

1. din punct de vedere fizic crește forța musculară și rezistența la oboseală, se dezvoltă coordonarea motorie și viteza mișcării.
2. din punct de vedere intelectual se constată o influență normalizatoare, se micșorează emotivitatea, se eliberează energia potențială, se dezvoltă atenția, se înlocuiesc tendințele psihice dominatoare, se capătă încredere în sine, se educă obiectul de a lucra și posibilitatea expresiei personale, dezvoltându-se inițiativa.
3. din punct de vedere social se dezvoltă responsabilitatea de grup și de cooperare și se favorizează contactele sociale.
4. din punct de vedere economic se descoperă reacții profesionale, se creează obișnuita activității în ateliere, care ajută, eventual, pacienții la întreținerea lor în instituții (sanatorii).

FAZELE PROCESULUI DE ERGOTERAPIE

Conform terminologiei lui Reed (1980), procesul de ergoterapie este caracterizat de patru faze:

1. **evaluarea formativă** -care cuprinde toate demersurile ce aduc date despre subiect, ce concură la analiza informațiilor privitoare la subiect, obiectul tratamentului;
2. **evaluarea planului de tratament** – grupează toate obiectivele tratamentului precum și programul și tehnicile de tratament, genul de activități, cadrul spațio-temporal;
3. **efectuarea tratamentului ergoterapeutic** – înglobează aplicarea programului și cuprinde planificarea fiecărei secvențe, a fiecărei activități propuse.
4. **evaluarea sumativă** – se raportează la măsura efectelor terapiei și la eficacitatea terapiei.

Alegerea conținutului fazelor releva experiența clinică și pedagogică. Delimitarea fazelor ergoterapie facilitează înțelegerea procesului de ergoterapie. Cele patru faze nu includ toate tipurile de acțiuni efectuate de ergoterapie.

Reinserția persoanelor cu dizabilități în societate evită starea de dependență socială, prin ancorarea în circuitul economic a unui număr de persoane ce i si aduc, în acest fel, contribuția la venitul național. Cele 3 componente ale ergoterapiei sunt:

- **latura preventivă**
- **latura curativă**
- **latura recuperatorie**

Recuperarea este o activitate complexă, ce include metode medicale, sociale, profesionale, realizate de o echipa complexă formată din diverși specialiști (medici, bioingineri, psihopedagogi, economiști, ergonomi, kinetoterapeuți) ergoterapeutul ce-i obligă pe acestea la imaginea și realizarea de dispozitive tehnice auxiliare, pentru handicapați, mente să le asigure autonomia.

Mijloacele tehnice folosite sunt „sisteme de transformare a mediului ambiant în scopul de a facilita apropierea, primirea și integrarea handicapatului în mediului lui de viață”.

Din punct de vedere al destinației, acestea sunt:

- **mijloace de deplasare** (cârje, fotolii, bastoane, automobile, dispozitive de acces, etc.)
- **dispozitive folosite în activitatea cotidiană** (autoservire la îmbrăcare și dezbrăcare, la servirea mesei, etc.)
- **dispozitive auxiliare menajere** (pentru spălat, călcat, gătit, cusut, etc.)
- **mijloace audio-vizuale și recreative.**
- **dispozitive și mijloace profesionale** (instrumente de lucru adaptate, sisteme de comandă și deplasare la distanța)-

În alegerea unei activități cu caracter terapeutic trebuie să se aibă în vedere aspectele fizice, psihice, profesionale și sociale în relație cu particularitățile deficienței și personalității subiectului.

A) Aspectul fizic – mișcarea fiind un element principal în ameliorarea și/sau recuperarea funcției deficitare, vom avea în vedere :

1. **amplitudinea**, care trebuie să fie mai completa în articulația afectată, aceasta putându-se realiza prin poziția adoptată de bolnav prin reglarea anumitor aparate sau prin materialul folosit. În recuperare sunt implicate un întreg ansamblu de mijloace și aparate auxiliare, ex. proteze (corsete, atele, etc.), pentru a menține permanent în poziția corectă membrele și coloana vertebrală.
2. **rezistența la efort** care poate fi dezvoltată prin folosirea unor materiale diverse, ca lemn, lina, sfoara, fie prin folosirea unor instrumente variate ca forma și greutate.
3. **coordonarea mișcărilor** prin mișcări vizând o parte sau totalitatea membrelor, până la mișcări de mare amplitudine (țesut, olărit) sau mișcări de finețe (desen, scris, claviatura).
4. **repetiția** în scopul echilibrării perioadelor de contracție și relaxare a mușchilor, pentru antrenarea funcției și evitarea oboselii.

B) Aspectul psihic – înfrângerea rezistenței opuse activității de către bolnav sau handicapat datorită modificării stării fizice, în urma unei perioade mai lung sau mai scurt de în activitate. În scopul executării de operații sau obiecte se va ține cont de opțiunile aptitudinale și starea lui mintală pentru a nu i se depăși capacitatea de efort.

C) Aspectul profesional – nu include ca o condiție absolută apelarea la fosta meserie a subiectului (muncitor, intelectual), preferând mai ales în stadiul inițial al recuperării alte activități, diferite de fosta lui meserie, apoi reluarea activității sale de bază. Rolul ergoterapiei este de a apela la gestualitatea legată de meserie avută, în scopul corectării deficienței motorii și psihice și parcurgerii progresive, naturale, libere a etapelor de încadrare în muncă. În cazul **reorientării (reconversiei) profesionale**, în atelier este un prilej de testare psiho-tehnică.

D) Aspectul social reinserta socială a subiectului poate fi facilitată prin elemente și gesturi de autoservire, legate de viața zilnică, chiar și în cazul celor cu membre amputate, pentru pregătirea gestualității, în vederea protejării sau de adaptare la

activități menajere, prin folosirea de ustensile și mobilier special cu elemente reglabile (setare cu mâner adecvate, veselă încasabilă, mese și scaune ușor accesibile, etc.)

Activitatea de recuperare este completată și de mijloacele auxiliare, realizate în ateliere de ergoterapie.

7. 2 Elemente aplicative ale ergoterapiei.

A. Organizarea atelierului de ergoterapie.

Activitatea ergoterapie se poate organiza atât pentru handicapați bolnavi internați în spitale cât și pentru bolnavii ambulatori din staționare de zi, laboratoare de sănătate și centre de recuperare, etc. aceste activități se pot desfășura atât în saloanele de bolnavi cât și în ateliere profilate de diverse meserii sau în gospodării anexe sau ajutoare, în ultimele cazuri ele aplicându-se sub formă de tratament prin muncă.

Atelierele și gospodăriile cu caracter exclusiv de ergoterapie se organizează și vor funcționa pe baza normelor legale care reglementează înființarea și organizarea gospodăriilor anexe de pe lângă instituții și întreprinderi, prin gospodării anexe înțelegându-se activități autofinanțate, adică ca unitate separată, cu plan de producție și plan funciar propriu ale cărei produse se valorifica la prețul pieții.

Gospodăriile ajutoare nu au un asemenea statut și vor funcționa ca un compartiment, servicii, secție, activitățile lor fiind finanțate nemijlocit în cadrul și în plan financiar propriu al unității sanitare sau de asistența socială ca făcând parte din structura proprie valorificare produselor realizându-se la prețul de cost real.

Până în prezent, în țara noastră, nu putem vorbi de o fundamentare științifică, completă, bazată pe o experiență largă și îndelungată a ergoterapiei (cu caracter fiziologice ale diferitelor feluri de muncă și forme morbide) care să constituie materialul de bază pentru elaborarea unei metode terapeutice individuale, strict dozate și dinamice. De aceea îndrumările au ca suport, în primul rând, literatura străină de specialitate.

Organizarea atelierelor de ergoterapie, prioritățile sau alegerea metodelor terapeutice pot impune activități variate. Cerințe pentru organizarea activităților de ergoterapie:

1. implantarea unei activități impune un anumit studiu al locurilor de muncă, utilajelor, planurilor de muncă și amplasare;
2. organizarea unei activități „E” destinate copilului necesită planuri speciale pentru local și echipament;
3. antrenarea specifică pentru activitatea cotidiană pe parcursul unei părți importante a timpului subiectului, cere o reparație specifică a zonelor de lucru, a materialului, a activităților;
4. atelierul un care se va recurge la tehnici de expresie (pictură, desen, păpuși, dans, etc.) va necesita anumite materiale și un anumit amplasament al mobilierului.

Organizarea muncii în atelierul de ergoterapie se referă la un ansamblu de măsuri ce au drept scop folosirea rațională atât d.p.d.v. al tratamentului medical cât și d.p.d.v. al posibilităților de realizare, a efortului prin ocupație și muncă al subiecților incluși în procesul de recuperare.

În ateliere se practică diviziunea muncii iar ca forme de diviziune a muncii se disting:

- a. – diviziunea muncii pe operații;
- b. – diviziunea muncii pe obiecte; (discipline)
- c. – diviziunea muncii în funcție de calificare;
 - a) Subiectul are de executat o singură operație sau un număr mic de operații asemănătoare, la un singur tip de mașină sau mai multe. Această este de natura să permită însușirea rapidă de către bolnav deprinderilor necesare grăbirii recuperării sale, deprinderi utile și la viitorul loc de muncă, în vederea reinsertiei sale profesionale.
 - b) Presupune repartizarea lucrărilor în funcție de posibilitățile fizice și intelectuale ale subiectului, permițându-i –se să deprindă în scurt timp un meșteșug folositor sau să-și reia vechea ocupație.
 - c) Pe lângă atribuțiile avute în vedere la diviziunea muncii pe obiecte, se ține cont și de gradul de calificare al subiectului avut înaintea internării sale.

Resocializarea bolnavului prin ateliere, secții bine organizate, depinde în mare măsură de microclimatul social în care subiectul are nu numai drepturi , dat și datorii și

răspunderi concrete în cadrul grupului din care face parte. Laboratorul de ergoterapie este un mijloc original de angajare a responsabilității bolnavului. Acest aspect denumit ergoterapie selectivă sau de „faza prevocațională” .

CONDIȚII ERGONOMICE

Organizarea locului de muncă se are în vedere asigurarea factorilor de ambianță fizică, psihică și socială corespunzătoare, poate fi solicitată în limite fiziologice capacitatea de muncă a deficientului.

Condiții ambientale – influențează – calitatea muncii

- cantitatea muncii
- capacitatea funcțională a individului.

Culorile influențează direct conform afectiv. Ele se împart în :

- calde
- reci
- vesele
- triste
- culori relaxante, ce formează odihna sistemului nervos;
- culori închise, care sunt catalogate drept culori grele;

mai intervin: - zgomotul, muzica, vibrațiile.

Organizarea și utilizarea unui atelier de ergoterapie depinde de sarcinile ce urmează să fie asumate, de numărul de persoane avute în vedere (bolnavi, ergoterapeuți), de tipul de handicap și de mijloacele financiare disponibile. În accepțiunea lui Lois Pierquin, în „Ergoterapie” (1980) într-un atelier ar putea lucra 20-40 bolnavi și 1-3 ergoterapeuți.

B. Rolul și atribuțiile ergoterapeutului

Ergoterapeutului trebuie să dovedească o temeinică stăpânire a celor două orientări de baza a T.O. și „E” și anume legate

- 1) de psihologia
 - 2) recuperarea motorică.
- El trebuie să aibă aptitudini practice de artizanat, de utilizare a artelor vizuale, calități pedagogice, să cunoască normele de protecție a muncii;
 - Ergoterapeutul trebuie să cunoască și să înțeleagă boala și psihicul pacientului, lumea lui interioară să fie capabil de a stabili relația optimă cu fiecare pacient sau cu grupul de muncă pentru a organiza și dirija atenția subiectului și a îndruma comportamentul lui;
 - Trebuie să aibă bun gust, simț estetic, calități artistice, pentru a influența dorința de a crea obiecte atrăgătoare și de calitate;
 - Trebuie să știe să dozeze durata ședințelor de lucru în funcție de indicațiile medicului, după sensibilizarea subiectului la oboseala, factorul motivație, vârsta, profunzimea și tipul handicapului;
 - Trebuie să respecte alternarea perioadelor de lucru cu cele de odihnă;
 - Trebuie să supravegheze permanent activitatea tuturor subiecților;
 - În cazul afecțiunilor psihice, ergoterapeutul nu-și va impune opunea, ci va lăsa subiectul să-și aleagă ce dorește, dacă alegerea este justificată de posibilitățile fizice și psihice ale acestuia;
 - Ergoterapeutul nu se substituie altor specialiști în recuperare, el contribuind prin experiența sa la perfecționarea tehnicilor ergoterapie și totodată să contribuie la recuperare subiectului în totalitatea sa, numai recuperarea aptitudinilor tehnice, de exemplu. (Recuperarea totală fizică, motrică, psihică, socială, profesională contribuie la integrarea socială).

Forme de activități de ergoterapie.

Anumite tehnici artizanale oferă soluții în antrenarea la efort și în ocuparea timpului în scop de recuperare, putând fi considerate tehnici de bază. În continuare se încearcă o grupare și o prezentare a principalelor ateliere în care se pot aplica diverse meserii și activități, sectoare agrozootehnice, de autogospodărire, care oferă din

abundența prilejul de recuperare printr-o ocupație sau munca utilă, plăcută. Criteriul care stă la baza unei meserii sau activități de ergoterapie este acela al gesticii profesionale, însoțit de indicația medicului.

Există mai multe grupuri de meserii și activități

- A. – împletiturile
 - olăritul și modelajul
 - tîmplăria, dulgheria și sculptura în lemn
 - țesutul și tapițeria
- B. - prelucrarea metalelor – sudură, lăcătușerie, strungăria,
- C. - munci de birou, utilizarea calculatorului, mecanică fină, electronică, informatică.
 - activități meșteșugărești
- D. – activități speciale-fotografie, tipografie, croitorie, spălătorie, călătorie.
- E. – activități speciale unor categorii de handicap sau anumitor vârste – marochinărie, legătorie, cartonaj.

A. Astfel grup de activități are o largă aplicabilități, fiind utilizate într-o forma sau alta în majoritatea afecțiunilor pentru recuperarea membrelor superioare și inferioare, și prezintă interes deosebit fiind numite **munci la înălțime**, mobilizând membrele inferioare în extensie. Sunt cuprinse în toate serviciile de ergoterapie și cer coordonarea și viteza, dar și atenția sporită.

Sunt folosite în recuperarea membrelor după hemipareze prin mobilizarea diverselor părți afectate, prin stimularea funcțiilor psihice, ceea ce duce la crearea de satisfacții și favorizează reluarea contactelor sociale.

La toate activitățile din acest grup predomina necesitatea unei puternice prehensiuni, ce favorizează recuperarea mișcării degetelor și mâinii, a întregului membru superior, în ansamblu.

Împletiturile favorizează amplitudinea mișcărilor. Trebuie evitate pozițiile și mișcările vicioase. Acest soi de activitate este indicată pentru ergoterapie în paraplegii, mișcărilor membrilor superioare antrenându-le pe cele ale membrilor inferioare încet - încet.

Olăritul și modelajul sunt activități care antrenează mișcările de finite ale degetelor de la mână, stabilizează articulațiile mâinii. Iar mișcările piciorului pe pedala mesei de modelaj trebuie coordonate cu cele ale mâinilor. Este o activitate folosită la recuperarea paraplegicilor, hemiplegicilor, afecțiuni motorii, deficienți mintal. Nu este indicată reumaticilor din pricina apei folosite la modelare.

Modelajul în ceară este o activitate de terapie ocupațională și ergoterapie ușor de executat și oferă posibilitatea verificării precise a presiunii exercitate pe suprafața de modelat.

Ceramica este greu de executat din pricina materialelor scumpe și a cuptorului indispensabil.

Țimplăria, sculptura în lemn, dulgheria sunt activități care necesită precizie și forță, sunt prin excelență bărbătești și pot conține și elemente mecanice – fie mecanice sau manuale, rânzile, dălți, ciocane. Sunt folosite mai ales în recuperarea membrilor superioare. Reprezintă mai multe avantaje – poate fi adaptată și handicapatilor, se poate face o dozare lesnicioasă a cerințelor gestuale, obiectele obținute sunt de mare varietate. Sunt indicate pentru recuperarea hemiplegicilor, în afecțiunile osteo - articulare, la vârstnici în limita posibilităților.

Împreună cu celelalte activități artistice, sculptura în lemn poate fi folosită în de terapie ocupațională și ergoterapie deficienților psihici. La copii contează foarte mult folosirea obiectului produs, (motiv de mândrie) ceea ce prezintă importanța integratoare, dezvoltă imaginea de sine.

Activități feminine: țesutul și tapiteria, croșetatul, tricotatul, brodatul, sunt activități posibile de executat de bolnavii paraplegici, așezați în cărucioare. Constituie un bun prilej de antrenare la efort, iar mișcările ușoare ale membrilor inferioare pot ajuta și la recuperarea acestora. Produsele acestor activități pot fi folosite în interior, ceea ce oferă o satisfacție deosebită.

B. Meseriile prelucrătoare de metale sunt folosite pentru recuperarea membrelor, pentru o mai bună coordonare a mișcărilor. Pentru alegerea unei sau mai multor activități din acesta categorie trebuie avute în vedere aptitudinile subiecților, făcându-se apel la capacitatea restantă fără a solicita segmentul deficitar fiziologic sau anatomic. Aceste activități au în vedere recuperarea membrelor superioare în special, dar și a celor inferioare prin acționarea unor pedale sau alte dispozitive din atelier.

C. Lucrările de mecanică fină, electronică și mici reparații electrocasnice (electrice, computere, computere adaptate) necesită cunoștință tehnice în acest domeniu.

Terapia ocupațională și ergoterapia urmăresc mai ales dezvoltarea mișcărilor a încheieturii mâinii și a degetelor. Se dezvoltă presa tridigitală, fiind solicitată în același timp fără rezistența sau cu o rezistență minoră articulația cotului și a umărului. Poziția șezând, folosită în aceste activități, le face indicate paraplegicilor sau deficienților motori.

Este necesară o atenție crescută, precizie și îndemnare dar și o bună acuitate vizuală ceea ce dăde ca să nu poată fi practică de cei vârstnici și bolnavi psihici. Un alt grup de activități cuprinde: fotografia, tipografia, imprimăria, croitoria, spălătorie și călătorie. Este un grup mai special de activități, având în vedere superioritatea tehnicilor folosite, lucru care le face aplicabile unui grup mai redus de recuperare.

E. Activități pentru nevăzători: marochinăria (confeccionarea obiectelor și suvenirilor de piele), legătoria și cartonajul – exemplu de activitate la pat pentru tetraplegici. Se poate executa cu ajutorul unor dispozitive adaptate stării fizice a persoanei de recuperat. Asigură pe de o parte antrenamentul bolnavilor și pe de altă parte posibilitatea de a se produce obiecte utile, care oferă bolnavilor satisfacția muncii lor.

Cartonajul este activitatea pentru vârstnici, tetraplegici, cardiaci, reumatici. Fiind o activitate de grup, se utilizează un spectru larg de tehnici, de la simplu la complex. Aceste activități sunt indicați și nevăzătorilor ele practicându-se și în atelierile protejate.

7.3 Ergoterapia și persoanele cu probleme de sănătate mentală sau fizică.

Una din cele mai importante și dificile probleme ale ergoterapiei cu privire la bolnavii psihici este de a determina la acestea un impuls spre o activitate folositoare, de a-l menține și dezvoltă până la limita devenirii utile.

Boala psihică pune în discuție, cu precădere un grad de **incapacități fizice**, și incapacitatea autoconducerei privind integrarea utilă în mediul social și în procesul muncii. Includerea psihoticilor și psihopaților în procesul ergoterapeutic **normalizează relațiile dintre bolnavi, stimulează pe cei inactivi, împiedică dezvoltarea stării agresive sau vegetație pasivă**, duce la coordonarea, cât de cât, a gesturilor, reflexelor, vorbirii, echilibrează afectivitatea, stimulează memoria, voința, activitatea. Să urmărește formarea la handicapații psihic a unor abilități psihice și profesională ameliorare și reducere psihică. Bolnavul psihic lăsat în stare pasivă, lăsat la discreția unei mentalități de neîncredere în posibilitățile de redresare umană prin folosirea capacităților sale de energie restantă, se degradează fizic și spiritual, rămână condamnat la orizontalizarea pe patul său de suferință.

Scopul principal este resocializarea bolnavului, munca în colectiv și folosirea meseriilor sunt elemente indispensabile. Caracterul,colectiv al muncii permite:

- 1) confruntarea rezultatelor individuale între bolnavi.
- 2) cultiva sentimente și comportamente de reintegrare socială.
- 3) determina aprecierea celor ce se disting în munca are caracter stimulator.

Constituirea unui program de lucru – este condiționată de starea bolnavului și de o atitudine care să nu lasă impresia că i se impune ceva. Alegerea activităților – trebuie să i se ofere satisfacția reușitei; se recomandă cultura plantelor, floricultura, grădinărit, la bolnavii psihic acuți terapia prin munca se face la nivelul salonului.

P.Brânzei, în prefața cărții „Ergoterapia” de Al. Popescu, scrie că pentru bolnavii cu psihoze cu evoluție prelungită – bolnavi cronici, trebuie să se țină seama de :

- a. optimizarea tehnico-administrativă și economico-financiară, pe care-l oferă psihiatria cu profil ergoterapeutic.
- b. criteriul medico-psihologic, efectul unei activități în spațiu deschis asupra unui bolnav psihic este foarte puternic, care întrece orice alt efect al vreunei medicament psihotrop.

Bolnavul nu are voie să lucreze într-un mediu periculos. După o anumită perioadă de ergoterapie, bolnavii pot fi îndrumați spre: ateliere protejate sau de muncă la domiciliu, staționarul de zi.

În **neurologie** ergoterapia este un bun mijloc de mărire a potențialului funcțional pentru o serie de bolnavi cu deficiențe motorii, datorită unor leziuni periferice sau centrale, cu tulburări de coordonare de pe urma cărora bolnavul a rămas cu un deficit funcțional. Se abordează următoarele practici: fizioterapie, cultura fizica medicală, terapie ocupațională, ergoterapie, kineterapie.

Există două modalități de ergoterapie:

- 1) ergoterapia pentru bolnavi acuti – anumitor grupe de mușchi și funcții nervoase;
- 2) ergoterapia pentru bolnavii cronici – este o terapie importantă – metode profilactice și curative pentru tulburările de comportament, pentru dezechilibrul psihic care survine la infirmii motoric.

Se folosesc o serie de aparate și dispozitive adaptate gradului de suferință și care oferă posibilitatea exersării unor mișcări prin confecționarea diferitelor obiecte. Pentru a evita oboseala și durerea, aparatele sunt reglate sub posibilitățile de mișcări maxime ale suferindului. Există:

1. activitățile destinate bolnavilor cu membrele lezate, la începutul perioadei de recuperare;
2. pentru bolnavii ajunși la sfârșitul recuperării, când activitățile de ergoterapie trebuie să se apropie de condițiile de lucru obișnuite globală pe plan gestual – ex. tâmplărie, grădinărit.

Ergoterapia membrelor superioare la adulți. Membrele superioare sunt responsabile de efectuarea celor mai importante operațiuni musculare - prehensiuni, presiune, respingere. La aceste membre se remarcă atât dexteritatea digitală cât și coordonarea motorică completă. „E” oferă o gamă largă de activități, fizice și intelectuale, alese în raport de handicap și gusturile bolnavului (ex. prelucrarea lemnului). Ergoterapeutul canalizează activitatea bolnavului pentru utilizarea maxima de gesturi reeducative – subiectul devine mai activ când vede că eforturile lui se materializează sub forma unui obiect.

**ERGOTERAPIA LA DEFICIENȚII PSIHICI. SCOPUL ESTE DE A NORMALIZA :
ACCESUL LA CEEA CE ESTE NORMAL. INTEGRAREA – POSIBILITĂȚI DE TERAPIE
ȘI COORDONAREA A SERVICIILOR MEDICALE CU ALTE SERVICII SOCIALE;
INTEGRAREA ESTE O CALE SPRE NORMALIZARE.**

Nu este negat handicapul existent dar se încearcă punerea în valoare a capacităților fizice și mentale restante ceea ce determină că handicapul să fie mai puțin pronunțat. Înapoiații mintal necesită o succesiune de terapii, asigurate pe perioada lungi de timp, chiar toată viața. Condiția este ca ajutorul să survină cât mai devreme și de o maniera cât mai direct posibilă. e la cura la îngrijire – scopul este de a crea o persoana adaptată, principiu fundamental.



Întrebări de recapitulare:

1. Descrieți obiectivele și fazele ergoterapiei.
2. Elucidați semnificația ergoterapiei pentru persoanele cu probleme de sănătate mentală și/sau fizică.
3. Analizați menirea atelierului ergoterapeutic și modul de funcționare a acestuia.

Studiu individual:

1. Listați activitățile posibil de realizat într-un atelier ergoterapeutic care ar facilita recuperarea socială și profesională a persoanele cu probleme de sănătate mentală și/sau fizică.
2. Gîndiți-vă care din ele ar putea fi implementate în comunitatea D-stră. argumentați

Tema 8. Repere metodologice de realizare a procesului de ergoterapie

8.1. Procesul de ergoterapie și limitele raționalității terapeutice.

Metodele de tratament

8. 2. Evaluarea formativă în ergoterapie

8. 3. Planificarea tratamentului

8. 4. Executarea tratamentului

8. 5. Evaluarea sumativă

Obiective:

- Să valorifice exigențele metodologice ale procesului de ergoterapie
- Să explice metodele de tratament aplicate în ergoterapie
- Să poată să planifice și să execute tratamentul ergoterapeutic.
- Să poată să realizeze evaluarea sumativă

Concepte cheie: ergoterapie, posibilități și limite ale ergoterapiei, planificarea tratamentului ergoterapeutic, executarea tratamentului ergoterapeutic, evaluarea formativă în ergoterapie, evaluarea sumativă în ergoterapie

8.1. Procesul de ergoterapie și limitele raționalității terapeutice. Metode de tratament.

Un proces de îngrijire este un instrument care ajută un terapeut să-și asigure beneficiarului tratament particular. Ergoterapeutul oferă niște faze prin intermediul cărora se perindă reflecțiile sale cu scopul de a evalua și de a rezolva în modul cel mai bun dificultățile clientului. Fazele definite sunt:

- colectarea de informații
- analiza informațiilor
- stabilirea obiectivelor de tratament
- aplicarea terapiei
- evaluarea rezultatelor.

Această strategie centrată pe faze îi permite terapeutului să ia decizii într-un mod ce tinde a fi rațional pentru că ea vizează motivele pentru care deciziile sunt luate. Ea dezvăluie în lanțuirea care există în ansamblul de decizii. Majoritatea proceselor de îngrijire înaintea întrebărilor pe care ergoterapeutul trebuie să le adreseze la fiecare fază și tipul de raționament necesar fiecăreia din acestea.

Un proces de îngrijire nu este doar un demers linear în care terapeutul evaluează pas cu pas. El este, de asemenea, și în același timp, un demers circular, fiecare fază având puterea de a aduce la o ajustare/potrivire a uneia sau alteia din fazele precedente. Procesul poate fi și amânat de mai multe ori în procesul derulării unui și aceluiași tratament.

Un proces de îngrijire nu este o rețetă. El nu precizează „ingredientele” utile tratamentului, doar operațiile intelectuale care se cer efectuate. Aceste ingrediente sunt cunoștințele, îndemânările pe care îngrijitorul le posedă. Ele se referă la ființa umană, la boală, la obiectivele posibile, la mijloacele și metodele de tratament și la evaluare. Un proces de îngrijire nu va putea fi substituit doar de către aceste îndemânări. Acestea diferă de la o profesie la alta.

Un proces de îngrijire nu este prezentabil și clar în întregime fără cunoștințe. Procesul permite organizarea lor și, fără îndoială, acesta este motivul pentru care diferitele profesii care țin de îngrijirea medicală au toate un proces de îngrijire specific. Acesta se sprijină în totdeauna, în mod explicit pe definiția profesiei a cărei organizare de cunoștințe el facilitează. De aceea el este un proces al ergoterapiei.

Procesul de ergoterapie și limitele raționalității terapeutice. Procesul de ergoterapie este o strategie în aparență simplă, dar ea caută să perceapă fenomene de o extremă complexitate: cum dl. Dupond se va acomoda cu paralizia membrelor (superioare și inferioare), cum de ajutorat pe d-na Durand să nu cadă în stare de depresie în casa de bătrâni... Pentru a fonda în mod rațional deciziile de tratament în ceea ce-i privește pe dl. Dupond și d-na Durand, terapeuții lor vor trebui să răspundă în mod explicit la un ansamblu impresionant de întrebări.

În ceea ce privește, de exemplu, colectarea de date, terapeuții ar trebui cel puțin să știe și să valideze: metoda de identificare a informațiilor pertinente, informațiile pertinente, metoda de obținere a informațiilor referitoare la pacient, metoda care permite să fie verificată fidelitatea (exactitudinea) aplicării metodei de obținere a acestor informații, rezultatul aplicării metodei de obținere a datelor. În ceea ce privește, de exemplu, alegerea terapiei, terapeuții trebuie să dispună de cunoștințe referitoare la mijloacele de a inventaria diferitele terapii posibile. Ei trebuie să dispună de asemenea de criterii care le vor permite să facă alegerea potrivită între diferitele metode terapeutice (Christensen, 1981).

Ergoterapeutul nu poate răspunde în mod explicit și complet la nici una din aceste probleme. Atunci strategiile decizionale rămân parțial iraționale. Deciziile luate depind de factorii nementionați în procesul de ergoterapie. Este probabil faptul că mai mulți terapeuți, în aceeași situație, să ia decizii diferite. Lucrarea noastră nu pretinde să soluționeze aceste probleme, doar să contribuie la elucidarea lor.

Vrem să mai menționăm faptul că există puternice frâne la raționalitate în ergoterapie:

- orientarea instituțiilor de îngrijire care propun anumite cadre de referință și anumite abordări terapeutice excluzând altele care în unele cazuri ar fi mai performante;
- concurența între raționalitatea terapeutică și cea economică;
- timpul de asemenea, pentru a justifica o decizie se cere ceva timp, pe când intervenția asupra clientului nu poate fi suspendantă din motiv că terapeutul are nevoie de timp pentru a reflecta asupra cazului.

În ciuda limitelor sale, de a face explicit procesul, datorită căruia tratamentul este condus, este un mijloc eficace de ameliorare a calității tratamentului. Corespunderea între intervențiile propuse și caracteristicile clientului ne raportându-se direct la tulburările de

care suferă clientul, se consideră a fi mărite. Aceasta este foarte important în ergoterapie, pentru că ineteresul îl prezintă individul și acțiunea sa dintr-o perspectivă globală. Mai mult ca atât, ceea ce este enunțat prin intermediul procesului devine comunicabil și argumentabil față de alți actori a scenei sanitare și sociale.

Fazele procesului de ergoterapie. Procesul de ergoterapie este în mod general prezentat în patru fraze.

- Evaluarea formativă.
- Elaborarea planului de tratament.
- Executarea tratamentului.
- Evaluarea sumativă (de ansamblu).

Terminologia aleasă este cea al lui Reed (1980).

Evaluarea formativă cuprinde tot ceea ce se referă la colectarea și analiza informațiilor despre client, obiectul (subiectul) tratamentului.

În **elaborarea planului de tratament**, noi regrupăm ceea ce se referă la obiectivele tratamentului precum și la programul care permite atingerea lor.

Executarea tratamentului cuprinde aplicarea programului, incluzând și planificarea fiecărei ședințe și fiecărei activități.

Evaluarea sumativă la măsurarea efectului tratamentului și la deciziile referitoare la urmările intervenției.

Alegerea conținutului fazelor se desprinde din experiența clinică și cea pedagogică. Subdiviziunile în procesul de ergoterapie permit stabilirea de relații între filozofie, valori și cadre de referință în ergoterapie și practica de toate zilele. Delimitarea acestor faze facilitează învățarea procesului de ergoterapie.

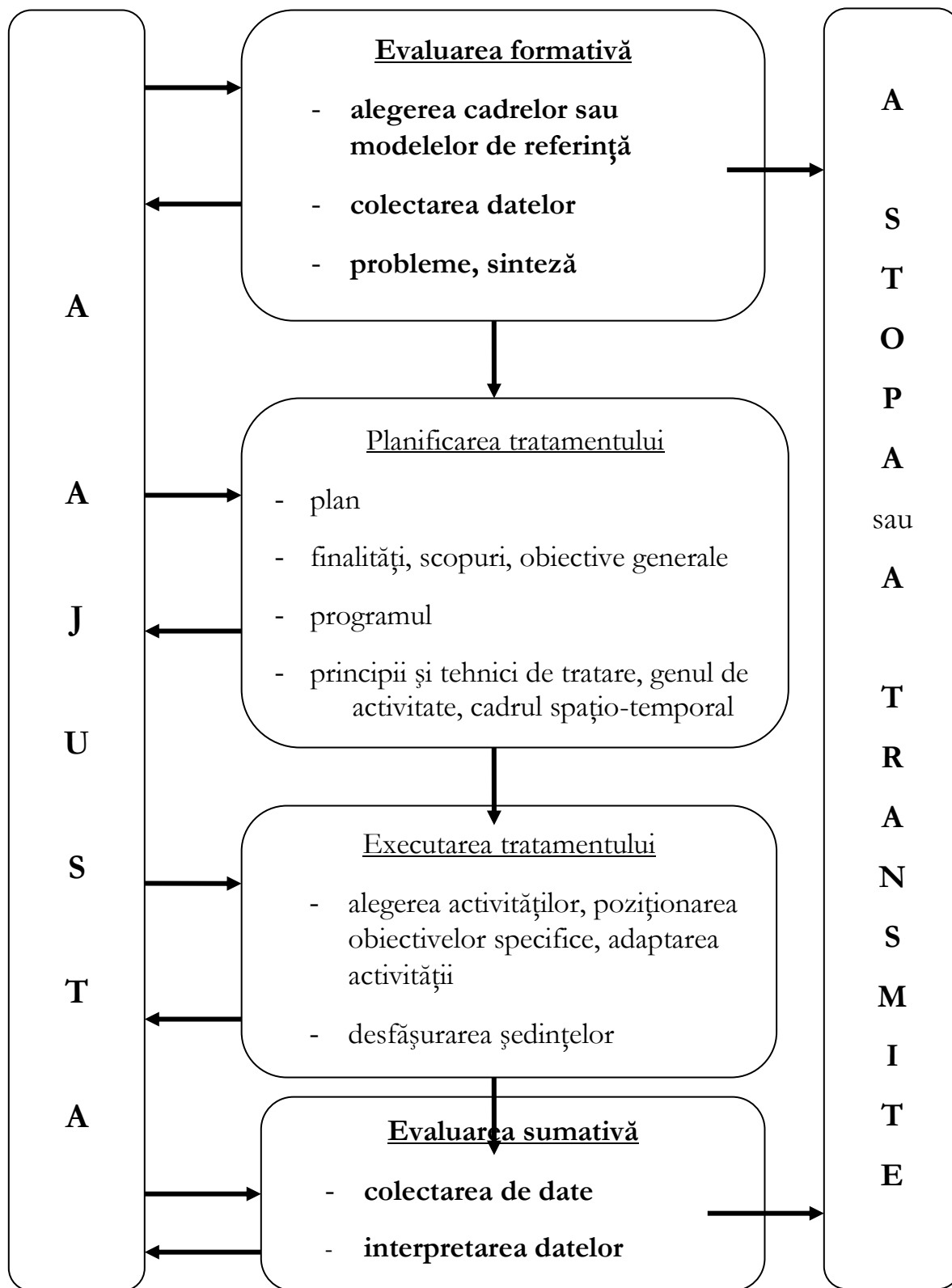
Procesul de ergoterapie poate fi reprezentat în forma unui tabel apelând din nou la succesiunea de faze și conținutul lor. Analiza detaliată a acestui tabel este subiectul capitolelor următoare. Figura reprodusă pe pagina următoare este parțial împrumutată de la Pelland (1987).

Acest tabel se citește de sus în jos. Săgețile verticale reprezintă succesiunea liniară a fazelor. Coloana „a ajusta” și săgețile orizontale care pleacă de la coloană și se îndreaptă

spre ea, simbolizează dinamica raționamentelor de care terapeutul ține cont în elaborarea fiecăreia din faze. Combinând săgețile verticale care leagă fazele, cu săgețile orizontale care arată ajustările la care purcede terapeutul, cititorul poate vedea apariția circularității procesului. Coloana „a stopa” sau „a transmite” și săgețile orizontale care duc la ea fac explicit faptul că la oricare moment a evaluării, terapeutul poate opri intervenția sa, sau transmite cazul unui alt specialist.

Diversele faze ale procesului precum și diversele rubrici care se găsesc în cadrul fazelor nu trimit toate la același tip de acte efectuate de către ergoterapeut. Unele acte sunt în esență reflecții de ale terapeutului care permit luarea de decizii și de a le așterne pe foaie. De exemplu, planificarea tratamentului sau organizarea datelor. Alte interacțiuni implică acțiuni cu o a treia parte, care poate fi în special însuși clientul; de exemplu, colectarea informațiilor și executarea tratamentului. Astfel, tabelul prezentat simboizează atât acțiunile mentale cât și cele fizice.

Fig. 1.1 Procesul de ergoterapie



Definiția ergoterapiei. Există în literatura de specialitate numeroase definiții ale ergoterapiei. Noi am ales-o pe cea definiție pe care Asociația elvețiană de ergoterapeuți o dau în cadrul proiectului ergoterapie/ terapie de antrenare (1982) din cauza caracterului său oficial și a răspândirii sale largi în Elveția:

„Măsurile ergoterapeutice fac parte din ansamblul de măsuri de tratament și de reabilitare. Ele se sprijină pe temelii medicale, psihologice, sociale și pedagogice. Profesia de ergoterapeut aparține grupului de profesii medico – terapeutice.”

Ergoterapia este indicată pacienților care suferă de o anumită limitare a posibilităților lor de a acționa într – un mod autonom, cauzată de un accident, de o boală sau un handicap fizic sau psihic, de probleme de origine socială sau de către tulburări de dezvoltare; această limitare poate fi trecătoare sau definitivă.

Scopul ergoterapiei este de a lupta cu efectele bolii sau handicapului și de a promova menținerea sau ameliorarea acțiunii pacientului în activitățile ce fac parte din viața sa familială, socială, profesională.

Ergoterapeutul caută să creeze condiții personale, interpersonale și exterioare care îi vor permite pacientului să perceapă și să acționeze mai bine.

Ergoterapia cuprinde evaluarea, planificarea și executarea tratamentului, precum și reevaluarea sa. În practică, aceste faze de tratament sunt direct legate unele de altele; ele se alterează sau se suprapun. O evaluare diferențiată și întotdeauna reactualizată a pacientului și a situației sale de viață este prima condiție a planificării și executării tratamentului ergoterapeutic.

Cu scopul de a crea cele mai bune condiții posibile pentru acțiune, ergoterapeutul dispune de metode și de mijloace de tratament. Mijlocul specific al ergoterapiei este activitatea pe care ergoterapeutul trebuie să fie capabil să o analizeze în dependență de componenții cognitivi, socio emoționali, motrici și senzoriali.

O metodologie diferențiată prezidează asupra alegerii și asupra adaptării activității și materialului, instrumentelor și mijloacelor auxiliare necesare la realizarea acesteia precum și la pregătirea și acompanierea pacientului.

Scopul ergoterapiei, așa cum îl stipulează Asociația elvețiană de ergoterapeuți este vag. Asociația canadiană de ergoterapeuți (1986) a definit într – un mod mai explicit

finalitățile profesiei, făcând referință la temelia filosofică a ergoterapiei. Aceste finalități sunt utile din perspectiva planificării tratamentului. Noi le reproducem.

- Restabilirea funcționalității. Este vorba de a ajuta clientul să restabilească capacitatea sa funcțională maximală.
- Menținerea funcționalității. Este vorba de a ajuta persoana să păstreze ceea ce i-a rămas din capacitatea sa funcțională.
- Dezvoltarea capacității sale funcționale. Este vorba de a facilita învățarea treptată a noilor aptitudini sau organizarea de aptitudini necesare îndeplinirii unei sarcini date.
- Prevenirea disfuncționării. Este vorba de a restabili, de a ameliora sau de a dezvolta obiceiuri sănătoase.

Capacitatea funcțională are aici un sens foarte general de capacitate de a realiza activități legate de îngrijirea personală, lucrul productiv și alte îndeletniciri. Aceste activități depind de factori sociali și factori ai mediului înconjurător (Reed, 1980).

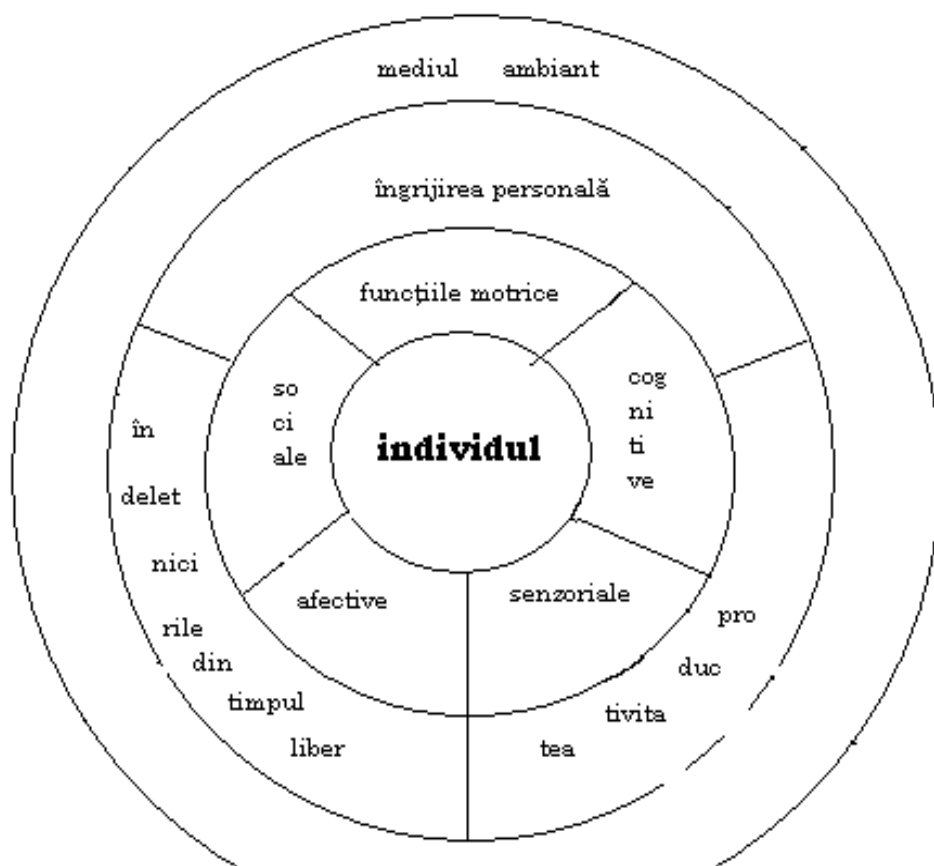
Definiția dată de Asociația elvețiană de ergoterapeuți ține cont de capacitățile de acțiune a pacientului în activitățile sale din viața sa familială, socială și profesională. Această subdiviziune nu este satisfăcătoare. Multe din activitățile de îndeletniciri în timpul liber cu caracter individual nu sunt clasabile. Lucrul ne remunerat, cu excepția lucrului casnic nu este luat în considerație. Pe lângă aceasta, quasi totalitatea de literatură de specialitate în ergoterapie definește în mod diferit cele trei domenii de activitate: îngrijirea personală, productivitatea, aici fiind inclusă și lucrul casnic și lucrul la școală, și îndeletnicirile din timpul liber. Toate activitățile sunt clasabile într-un sau mai multe domenii. Noi preferăm această clasificare și ne vom referi la aceasta în continuare.

Definiția dată de Asociația elvețiană de ergoterapeuți precizează că activitatea este analizabilă după componentele sale motrice, senzoriale, cognitive și socio – emoționale. Literatură de specialitate în ergoterapie dă multe alte feluri de a deosebi componentele activității. Fiecare face trimiteri la diverse maniere de a subdiviza funcționarea individului pentru o mai bună percepere al lui în cazul survenirii unei maladii sau unui handicap. La rândul nostru noi am ales să păstrăm definiția Asociației elvețiene cu excepția la ceea ce ține de contractia între termenii social și emoțional, cărora noi le preferăm termenii social și afectiv fără a le compune. Funcțiile individului ca componente ale acțiunii devin atunci: sociale, afective, cognitive, motrice și senzoriale. Aceste funcții se compun fără îndoială

toate între ele și este la discreția fiecărui terapeut de a defini combinațiile cele mai interesante în funcție de clientela sa sau de cadrele de referință.

Diferență de terminologie constatată mai sus poate sugera că ergoterapeuții au diverse concepții asupra persoanei și funcționării ocupaționale a ființei umane. De fapt noi credem că nu are nimic de-a face. Conceptual, toți terapeuții aderă la teoria conform căreia individul este o ființă globală. El este considerat ca un sistem integru unde nici o funcție de a sa nu este izolată. Prin intermediul acțiunii sale, indiferent care ar fi domeniul de activitate luat în considerare, el intră în interacțiune cu mediul său înconjurător. El este capabil atât de a-l influența cât și de a fi influențat. Această concepție de persoană este des reprezentată prin intermediul cercurilor concentrice (a se vedea figura de la pagina următoare) simbolizând raporturile individului cu mediul său ambiant pe calea indirectă a funcțiilor și domeniilor de activități. Reprezentarea noastră schematică este o adaptare de către Reed (1980).

Fig. 1.2 Model de funcționare a individului



Definiția ergoterapiei dată de către Asociația elvețiană de ergoterapeuți nu precizează de loc ceea ce sunt metodele și mijloacele ergoterapiei. Ele reprezintă totodată partea cea mai semnificativă a dezvoltării conceptuale a ergoterapiei. Mai mult ca atât, metodele de tratare ascund în spatele lor o importanță capitală, dar deseori puțin recunoscută în procesul de ergoterapie, deoarece ele propun nu numai mijloace de intervenție dar și mijloace de evaluare. Găsim absolut necesar să ne oprim mai mult decât au făcut-o autorii definiției date anume asupra metodelor de tratament.

Metodele de tratament. O metodă de tratament este un ansamblu coerent de principii și tehnici ce vin în ajutorul terapeutului pentru a delimita ceea ce poate el face cu u client. O metodă zice cum de procedat și motivele pentru care se cere de a proceda în așa mod. Exista un număr mare de metode în ergoterapie, asta când oferim termenului metodă un sens destul de larg. Reed (1984) le identifică în jur de treizeci într-o lucrare unde autorul se oprește asupra relațiilor lor cu cadrele referențiale teoretice mai vaste în general utilizate în ergoterapie (teoria psihanalitică, chineziologia, teoriile neuro – dezvoltătoare).

Reed, precum și majoritatea autorilor anglo – saxoni, nu vorbește de metode dar despre modele de practică. Alți autori preferă să vorbească despre cadre de referință (Hopkins, 1988). Acceptarea termenului cadru de referință având în așa caz un sens mai larg de cât acel de model la Reed. Noi am ales să utilizăm în această lucrare mai degrabă termenii modele de practică și cadru de referință decât termenul metodă. Găsim acești termeni mai puțin ambiguu și de asemenea ei facilitează accesul cititorului a literatura anglo – saxonă.

Modelele de practică sau cadrele de referință sunt ghizi importanți pentru practica ergoterapiei. Ele oferă mijloace de intervenție și de evaluare care sunt legitimate în funcție de teoriile de referință, a filozofiei ergoterapiei și a cercetărilor clinice. Ele determină populația la care se adresează intervențiile. Ele facilitează stabilirea unui pronostic și permit planificarea tratamentului. Ele ajută terapeuții să se situeze în câmpul lor de cunoștințe. În sfârșit ele facilitează delimitarea funcției ergoterapeuților în raport cu cea a altor profesionali. Găsim interesant să arătăm în această lucrare cum anumiți autori s-au fixat asupra înțelegerii modelelor de practică.

Printre ansamblul de posibilități care ne este oferit pentru a trata modelele de practică și cadrele de referință, noi am ales trei autori. Kathleen Reed (1984), pentru că analiza sa extinsă și detaliată a modelelor de practică ajută la înțelegerea cum ele sunt construite și din ce sunt constituite. Lucrarea sa de analiză a generat o metodologie pentru analizarea și elaborarea de modele de practică a căror aplicare putem găsi în numeroase tratate și articole ergoterapeutice. Am ales-o de asemenea pe Helen Hopkins

(1988) , pentru că publicațiile sale sunt considerate ca o „biblie” a ergoterapeuților. Într – un ultim rând vom vorbi și despre Gary Kielhofner (1985), pe de o parte pentru că el este unul din cei mai prolifici cercetători în ergoterapie și pe de altă parte, deoarece el posedă o comprehensiune ierarhizată și foarte interesantă a cadrelor de referință.

Reed realizase o taxonomie a modelelor de practică. Ea a definit trei tipuri de modele: *generice, descriptive și parametrică*. Criteriile sale de clasificare sunt bazate pe modul în care cei ce concep modelele iau în considerațiune ergoterapia sau activitatea umană.

Modelele generice țin de achiziționarea și de semnificația activităților pentru ființa umană. Modelul de „activitate umană” al lui Kielhofner (1985) este de exemplu clasat în modelele generice. Modelele descriptive abordează ergoterapie prin descrierea aspectelor particulare așa ca domeniile de activitate, funcțiile individului sau caracteristicile activității. Aici intră toate modelele care enumeră toate sarcinile sau funcțiile pentru reabilitare (modelul lui J. Ayres, acel al lui Rood, acel al activităților de viață de zi cu zi). Modelele parametrică din unghiul filozofiei ergoterapiei, a procesului de îngrijire și a tipului de programă ales. De exemplu, fiind vorba de o programă de prevenire, se va găsi o enumerare de scopuri a se atinge și de mijloace de a pune în practică pentru a interveni.

Hopkins (1988) clasează cadrele de referință în funcție de teoriile științifice care le legitimează. Patru cadre sunt definite: cadrul dezvoltător; cadrele senzomotor și neuro – dezvoltător; modurile de abordare construite pe noțiunea de integrare în terapiile senzomotorice; cadrul comportamental. În plus Mai mult, fiecare cadru cuprinde mai multe moduri de abordare.

Kielhofner (1985) optează pentru un clasament ierarhizat în patru niveluri: la primul nivel, el descrie o etapă paradigmatică definind câmpul de aplicare, conceptul general, valorile ergoterapiei; adică „metoda ergoterapiei”. Al doilea nivel este acel a modelelor utile în diverse domenii al câmpului practicii. Al treilea nivel este cel încă și mai îngust a modelelor ce permite a defini concret **intervențiile cu populațiile specifice**. La ultimul nivel Kielhofner vorbește de cadrul de referință personal permițând fiecărui terapeut, cu cunoștințele sale, personalitatea sa și la locul său de muncă să acționeze în mod zilnic.

Toate acestea sunt foarte complicate, clasificările se intersectează, criteriile alese și definiția conceptelor variază de la un autor la altul. Aceasta arată starea de dezorganizare în care se găsesc cunoștințele în ergoterapie, precum și voința unor cercetători de a ameliora această organizare cu scopul de a face această cunoaștere mai operațională. În plus, modelele și cadrele de referință suferă des de multe lacune. Conceptele sunt uneori

rău definite, specificitatea modelului se dovedește a fi uneori puțin explicită. Anumite modele sunt rigide, ne dând posibilitatea de a integra noi cunoștințe. Anumite modele au fost validate prin experimentare clinică iar altele nu au avut parte de așa ceva.

Majoritatea modelelor de practică sau cadrelor de referință nu au ambiția de a acoperi în ansamblu domeniul ergoterapiei. De aceea nu putem vorbi despre metode ale ergoterapiei, dar metode în ergoterapie. Un model al ergoterapiei nu există, sau doar la o etapă de schiță. Aceste schițe sunt, din punctul nostru de vedere foarte criticabile. Totuși, câteva idei directoare (principale) se desprind din studiul modelelor de practică. În primul rând există o ierarhie între diversele cunoștințe în ergoterapie. În al doilea rând, la un acelaș nivel ierarhic, cunoștințele sunt diverse și nu există obligatoriu legături între ele. În al treilea rând, un model de ergoterapie ar oferi o anumită coeziune practicii clinice ca la învățământul în ergoterapie. Aceste câteva idei ar putea fi reprezentate schematic. Noi împrumutăm parțial această schemă de la Hopkins (1988).

Tabelul de la pagina următoare se citește de la stânga la dreapta sau de la dreapta la stânga. El arată că conceptele centrale ale ergoterapiei funcționează ca niște „filtre” prin intermediul cărora teoriile de referință ca modele de practică trebuie să treacă.

Puținul de organizare în ergoterapie și lipsa de uniformizare a termenilor se redă în practica de zi cu zi printr – o dificultate a situării în câmpul ergoterapiei, a descrie practica sa ca a argumenta motivele de a acționa într-un anumit mod și nu în altul. Textul nostru nu pretinde să amelioreze această stare a lucrurilor. Mai mult ca atât, cititorul va fi adus să diferențieze trei aspecte ale ergoterapiei. În primul rând filozofia ergoterapiei așa cum ea este cuprinsă în definiția ergoterapiei. În al doilea rând, modelele de practică sau cadrele de referință care oferă mijloace de acțiune, de diagnosticare și obiective generale mai mult sau mai puțin precise. În al treilea rând, procesul de îngrijire a cărui principală funcție este cea de a susține reflecția terapeutului în derularea unei terapii.

Fig 1.3 Relațiile între cunoștințe în ergoterapie

Teorii de bază

psihologie

chineziologie

patologie

pedagogie

sociologie

etc...

Definiție bază
filozofică a
ergoterapiei

Model profesional
„metoda
ergoterapie”

Modele de practică

Bobath

Ayres

Affolter

Reilly

Mosey

etc...

8. 2. Evaluarea formativă în ergoterapie

Evaluarea formativă cuprinde ansamblul de informații pe care ergoterapeutul îl obține înainte de a stabili intervenția sa terapeutică. Această evaluare nu se limitează la juxtapunerea de date obținute, ea include analiza făcută de ergoterapeut în baza lor.

În acest capitol vom susține ideea unei evaluări formative globale sau holistice a clientului. Ea este, din punctul nostru de vedere, unica care permite o stabilire de plan și programă specifică ergoterapiei și adaptată la fiecare client. Aceasta ne-a condus la precizarea scopurilor, limitelor evaluării și genului de informații care trebuie cercetate înainte să fie expuse etapele și procedeele colectării datelor. O parte din acest capitol ține de obiecțiile că terapeuții fac practică clinică cu scopul de a conduce evaluările lor într – un mod pe cât se poate de efektiv.

În sfârșit, vom arăta modul cel mai rezonabil după părerea noastră, de a organiza și de a interpreta informațiile obținute.

Scopurile și limitele evaluării formative. Scopul evaluării formative este de a defini starea funcțională a pacientului, ținând cont de tulburările de care el suferă, de pronosticul lor, de mediul său înconjurător, atât uman cât și material, de rolurile sociale pe care și –le asumă, de reprezentările care le are despre el însuși și de dorințele sale. Noi numim acest scop al evaluării formative organizarea și interpretarea datelor. Acest scop structurează ansamblul de evaluare formativă. Această evaluare va permite definirea a ceea ce ergoterapeutul poate pentru clientul său ținând cont de competențele sale de terapeut, adică să pună scopurile și obiectivele intervenției.

Pentru realizarea acestei interpretări și această organizare de date, trebuie de dat răspuns la o serie de întrebări: care sunt performanțele pacientului în domeniul îngrijirii personale, productivității și ocupațiilor care țin de timpul său liber? Care performanțe sunt alterate? Căruia fapt se datorează aceste alterații? Se poate deșteptat la schimbări? Dacă da, la care și de ce? Care este mediul său ambiant? Se poate de –l modificat? Care

sunt diversele roluri pe care el și-le asuma, își asumă, își va asuma? Trebuie de a-l ajuta să le modifice? Cum își reprezintă el viitorul său, dificultățile sale? Ce așteptări are el de la tratament? Ce-i poate oferi ergoterapia? Cu ce-l poate ajuta instituția care-l ia în custodie?

Această listă nu este completă. Ea pune în evidență pe larg complexitatea unui diagnostic a stării funcționale a individului dacă nu se limitează la performanțele observabile în situația de ergoterapie. Cum, de exemplu, de evaluat rolurile sociale ale pacientului? Lista de obligații prescrise de către aceste roluri este realizabilă dar, în ipoteza în care pacientul nu este în stare să și îndeplinească toate sarcinile sau o parte din ele, ea nu permite decât constatarea pierderii probabile a acestor roluri. Ori, ceea ce ne interesează este posibilitatea pe care o are, sau nu, pacientul de a dezvolta noi roluri satisfăcătoare pentru el. Dar asta nu este tot, un rol se transformă în interacțiune cu alte roluri asumate de către alți indivizi. Pentru ca rolurile pacientului să se modifice în complementaritate cu cele ale anturajului său, trebuie ca ele să fie destule de plastice. Cum de diagnosticat această plasticitate? Teoretic răspunsul este posibil dar este el oare în ergoterapie, în cazul în care ergoterapeutul se află față în față cu un client în situație de catastrofă care deseori nu dispune de toate mijloacele cognitive nici de toate informațiile care i –ar permite să chibzuiască asupra cazului său și să deie în timpul unei conversații indicații utile ergoterapeutului? (Allen, 1987). Sunt oare ergoterapeuții în măsură de a interpreta vorbele pacientului în timp ce conversațiile sunt rudimentare, neînregistrate și timpul pus la dispoziție limitat?

Complexitatea unei evaluări formative holistice dar exacte dă naștere la o interacțiune care este într –un ansamblu de variabile. Astfel reprezentarea pe care pacientul i –o comunică despre dificultățile sale, este la fel, și simultan, cea de roluri pe care le –a avut avut, le are și le va avea, cea ce ține de mediul său înconjurător social și a ceea ce este comunicabil în contextul ergoterapiei (Holenweg, 1984). Pentru a marca această complexitate mulți autori vorbesc de individ ca despre o ființă biopsihosocială. Această definiții ne dând ea –însăși, răspunsul dorit.

Totul nu este evaluabil dar [totul] nici nu trebuie să fie evaluat în fiecare caz. Astfel, imediat ce se prezice că dificultățile de care suferă pacientul sunt tranzitorii sau nu vor avea loc decât incidente minime în viața sa, nu mai este motiv de a se pierde în presupunerile referitoare la posibilitățile de adaptare a pacientului la viitoarea sa situație. Din păcate, pacienții vin în ergoterapie cu pronosticuri puțin stabilite și evaluarea formativă se va face un pic orbește cu o recoltă de informații inutile și neglijența unor date importante.

Mai mult ca atât, la momentul de față nu este justificată în întregime tendința de a avea evaluări formative ambițioase pentru că ele nu elucidează scopurile și mijloacele tratamentului în măsura ambițiilor diagnosticului. Adaptarea tratamentului pe care o realizează ergoterapeutul în funcție de evaluarea formativă rămâne săracă, pentru că pe de o parte practicilor ergoterapiei le este mărită rigiditatea de către contextele instituționale în care ea există și, pe de altă parte pentru că lipsesc cunoștințele care ar permite de a adapta aici scopurile tratamentelor și de a alege mijloacele potrivite culturii pacientului.

Așa tip de evaluări duce în acelaș timp la înțelegerea faptului de ce activitatea pacientului poate să nu fie aceeași la domiciliu și la spital, să de a înțelege cauza anumitor eșecuri în ergoterapie.

Aces decalag între capacitățile de diagnosticare a ergoterapeuților și posibilitățile lor de tratament este bine pusă în evidență în modelul de practică propus de către Kielhofner (1985). Modelul său este pe de parte să fie acel care autorizează cea mai bună evaluare globală a pacientului. El permite constatări individualizate privind valorile, interesele, cauzalitatea personală, rolurile, obișnuințele și componentele lor, mediul ambiant. Din păcate acest model nu oferă decât câteva principii generale, cum ar fi de a lua în considerație scopurile și interesele pacientului, permițând în continuare ergoterapeutului să –și adapteze comportamentul la ceea ce a fost diagnosticat. Aceste câteva remărci exprimă greutatea realizării unei evaluări formative complete. Literatura de specialitate în ergoterapie practic lipsește în ceea ce privește informațiile pertinente care trebuie colectate pe când ea abundă în aceea ce ține de metodele de colectare a informațiilor (Pelland, 1987).

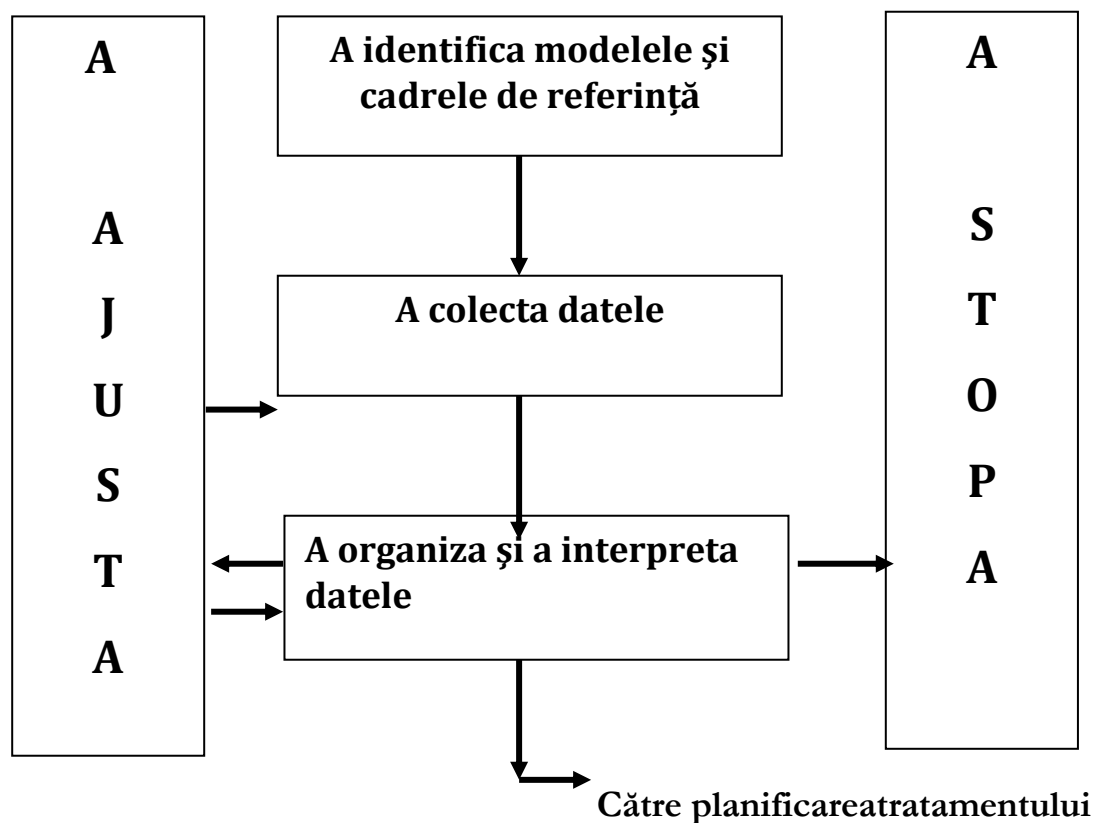
Etapele evaluării formative. Evaluarea formativă se subdivizează în trei etape. Identificarea de cadre de referință sau de modele de practică, colectarea de date, organizarea și interpretarea de date. Evaluarea formativă ca proces de ergoterapie emai des circulară decât liniară. De exemplu, analiza a câtorva date induce deseori terapeutul la circumscrierea a altor domenii pentru a evalua și la alegerea altor cadre de referință pentru a obține noi informații. Ergoterapeutul trece în așa mod de la o etapă la alta cu ajustări constante. Cu scopul clarificării acestor idei, noi reproducem în continuare cu ajutorul terminologiei noastre schema lui Pelland (1987).

Schema lui Pelland nu are de fapt un început propriu zis. Pelland propune de a se încadra în evaluarea formativă prin coloana „a ajusta”. Este de fapt cunoașterea a câtorva frânturi de informație foarte generalereferitoare la client care îi permit terapeutului să aleagă cadrele și modelele necesare pentru culegerea de date. Schema are dimpotrivă două ieșiri: terapeutul poate , după ce a organizat și a interpretat datele sale, să planifice

tratamentul. Terapeutul poate de asemenea, în baza unei analize chiar și parțială a informațiilor, să decidă să înceteze investigațiile și să renunțe la tratament fie pentru că această intervenție nu –i pare că ține de domeniul său de activitate, de competența sa, fie că el o consideră ca inutilă.

Ideea că evaluarea formativă cuprindeselecționarea de cadre e referințe sau de modele de practică adecvate este recentă în ergoterapie. Ea contribuie la justificarea alegerii informațiilor pertinente care trebuie colectate. Cadrele de referință și modelele alese oferă un ghid pentru colectarea datelor. În majoritatea cazurilor, mai multe cadre sau modele sunt alese în baza informațiilor foarte generale despre pacient a căror sursă este indicarea pentru ergoterapie sau diagnosticul medical. De exemplu, fiind vorba despre evaluarea unui pacient cu hemiplegie, ergoterapeut face recurs la cel puțin o abordare neuro –dezvoltătoare pentru a măsura tulburările senzori –motorici, la o abordare neuropsihologică pentru funcțiile mentale, la un cadru reabilitativ pentru evaluarea independenței în activitățile ce țin de viața de zi cu zi și la un model mai general pentru a estima strategiile de adaptare sau motivarea pacientului.

Fig. 2.1 Evaluarea formativă



Colectarea datelor este direct legată de aplicarea abordărilor sau modelelor alese. Fiecare propune metode diferite de obținere a informațiilor: diverse tipuri de conversații, de probe, de teste, de observații sau mai puțin dirijate. Procedurile de evaluare propuse sunt standardizate în mod divers în funcție de tipul de informații care trebuie colectate și de nivelul de dezvoltare conceptuală a modelului ales. Vom reveni în continuare asupra diverselor metode de obținere a datelor. Literatura care propune metode este foarte abundentă și tratatele de ergoterapie conțin repertorii de aceste instrumente. Ținem totuși să menționăm că în cazul în care cadrele de referință alese relevă abordări teoretice diverse (Piaget, psihoanaliza, teoria comunicării), terapeutul trebuie să facă față problemei absenței instrumentelor adecvate colectării datelor pentru că aceste teorii au fost constituite pentru a explica fenomene empirice și nu pentru a interveni asupra lor, cu atât mai puțin în ergoterapie (Reed, 1984).

Organizarea și interpretarea datelor unde informațiile sunt analizate și clasificate. Această analiză se realizează deseori de mai multe ori. Din partea noastră noi am divizat – o în două părți: constituirea de către ergoterapeut a problemelor pacientului și sinteza acestor probleme. Problemele sunt extrase dintr-o clasificare a datelor și ele pun în evidență legăturile între date, în sânul fiecărei categorii. Sinteza este cea a ansamblului de probleme. Ea precizează comprehensiunea generală a ergoterapeutului despre pacientul său. Ea propune linii directoare de intervenție

Caracteristicile datelor colectate în ergoterapie. Tradițional, datele culese sunt de 2 tipuri: jenele și resursele. Jenele sunt dificultăți pe care pacientul le întâlnește în timpul activității sale în cele 3 domenii ale îngrijirii personale, a productivității și a îndeletnicirilor din timpul liber. Resursele sunt competențele pe care pacientul le utilizează sau le pot dezvolta pentru a surmonta dificultățile sale.

Stabilirea jenelor prin intermediul sarcinilor observabile în ergoterapie nu crează probleme deosebite poate cu excepția riscului de a confunda jenele și cauzele acestora sau jenele și interpretarea acestora. De exemplu, o amplitudine articulară a șoldului redusă la 30° nu este o jenă propriu-zisă ci cauza unui mare număr de jene în activitățile de deplasare și în diverse poziții. Dezorientarea spațială nici ea nu este o jenă dar este interpretarea faptului că subiectul se pierde într-un spațiu de fapt obișnuit. În acest exemplu distincția realizată între tulburare și interpretarea acesteia poate părea obscură. A fi pierdut sau a fi dezorientat sunt în limbajul comun sinonimice și sunt explicate unul prin altul cu caracter tautologic.

În ergoterapie e nevoie a se dedica mijloacelor de cunoaștere, mai precis comportamentele, care duc la stabilirea diagnosticului de dezorientare spațială. Se poate

de fapt de a se rătăci în propriul cartier dar a fi în largul său acasă; de asemenea se poate de pierdut în propria bucătărie. Acestor două jene le corespund obiective și mijloace de tratament foarte diferite.

Aceste remărci referitoare la diferențierea janelor, cauzelor și interpretărilor nu-l obligă pe ergoterapeut la o observare sistematică a janelor pacienților. Însă îl obligă să se gândească la aceasta pentru că prețul care trebuie plătit pentru realizarea unei sinteze a problemelor care se deschid spre scopuri și programa de tratament adaptate la individ, obiectul intervenției și nu la clasa de indivizi care suferă de aceleași tulburări. De exemplu, ergoterapeutul va stabili scopurile tratamentului gândindu-se la jenele care vor provoca reducerea amplitudinii șoldului în cadrul obișnuit al vieții pacientului și la pronosticul de recuperare a deficienței datorită exercițiilor potrivite.

8. 3. Planificarea tratamentului

Planificarea tratamentului conține planul și programul tratamentului. Planul definește obiectivele care se vor obține în timpul intervenției. Programul precizează mijloacele și contextul de tratament. Planificarea tratamentului rezultă din organizarea și interpretarea datelor.

Planificarea tratamentului este o fază a procesului care se desfășoară în absența pacientului. Exact precum organizarea și interpretarea datelor, ea este o etapă în care ergoterapeutul, înarmat cu un pix, ia decizii referitoare la ceea ce el vrea să obțină în calitate de rezultate ale tratamentului și referitor la modul de intervenire.

Un plan și un program al tratamentului nu sunt texte lungi și greu de redactat, spre deosebire de probleme și de sinteză. Argumentarea care justifică o planificare a tratamentului în favoarea alteia reiese din organizarea și interpretarea datelor și din posibilitățile oferite de către modelele de practici alese.

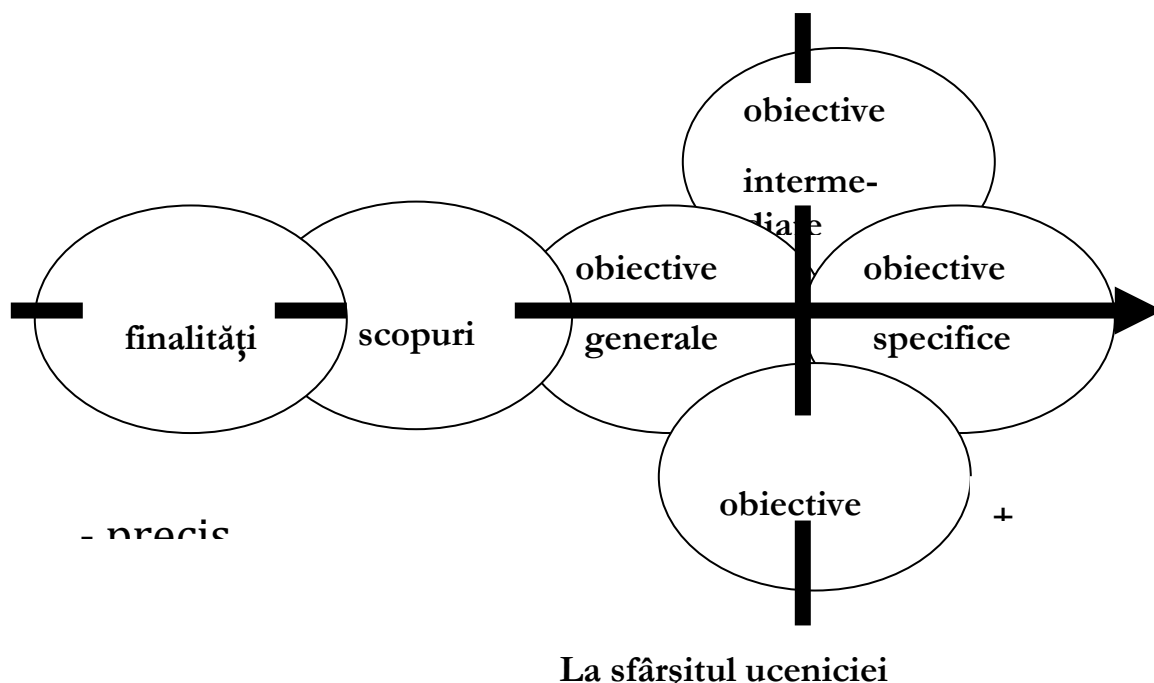
Planul tratamentului. Noi folosim, pentru a stabili obiectivele tratamentului, o metodă provenită din pedagogie prin obiective. Această metodă poate fi transpusă în ergoterapie deoarece majoritatea tratamentelor cuprind diferite ucenicii. Metoda prin obiective definește patru tipuri de obiective pe un continuum plecând de la general către specific: finalitățile, scopurile, obiectivele generale și obiectivele specifice. Pe o axă temporală,

obiectivele generale și specifice pot fi terminale sau intermediare. Fontaine (1977) propune schema din *figura 3.1 Obiectivele tratamentului*.

În această schemă intersecțiile dintre cercuri arată că un acelaș enunț poate fi când un obiectiv, când un altul. De exemplu, a se îmbrăca poate fi un scop sau un obiectiv general în dependență de cazul urmărit.

Din motive practice, noi limităm planul de tratament la formularea finalităților, scopurilor și obiectivelor generale. De fapt, pentru ca un obiectiv specific să fie într-adevăr unul specific, el trebuie să definească un comportament observabil în așa mod univoc. Pentru a –l formula e necesar din acel moment să fie determinată activitatea sau sarcina în care va trebui să se manifeste comportamentul. O planificare a tratamentului și o programă a tratamentului nu sunt decât rareori într-atât de detaliate. În special pentru că activitățile, atât timp cât ele se supun anumitor principii determinate în prealabil, pot fi alese în decursul executării tratamentului de către ergoterapeut sau de către pacient. Noi vom expune poziția obiectivelor specifice în cadrul executării tratamentului în capitolul 4.

Fig 3.1 Obiectivele tratamentului



FINALITĂȚILE TRATAMENTULUI. O FINALITATE A TRATAMENTULUI ESTE UN ENUNȚ CARE REFLECTĂ IDEOLOGIA SAU FILOZOFIA UNEI INSTITUȚII. EA FURNIZEAZĂ LINII DIRECTOARE, ÎNCĂ NEOPERATIONALE, ANSAMBLULUI DE INTERVENȚI PRIVIND PACIENTUL ÎN CAUZĂ. ACESTE FINALITĂȚI ALE TRATAMENTULUI SUNT FOARTE APROAPE DE VALORILE SAU PRINCIPIILE FILOZOFICE CARE ÎL VEHICULEAZĂ NU NUMAI PE ERGOTERAPEUȚI DAR ȘI PE ALȚI PROFESIONALI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

Finalitățile exprimă perspectivele de viitor, scadențele. Revenirea la domiciliu, reluarea unei activități profesionale, calitatea vieții, adaptarea la instituție, autonomie, căutarea unei dezvoltări cât mai apropiate de normalitate sunt niște finalități din cele mai curente.

Pentru un acelaș tratament pot fi enunțate una, două sau trei finalități. Ele sunt puse în formă de a o alternativă în cazul în care ergoterapeuții sunt în situație de mare incertitudine cât privește viitorul pacientului. De exemplu, calitatea vieții unei reîntoarceri la domiciliu sau într –un plasament este deseori una din finalitățile de tratament pentru persoanele în vârstă. De îndată ce o finalitate de tratament comportă o alternativă, aceasta implică consecințe asupra scopurilor, asupra obiectivelor generale și a programei de tratament. Nu vom intra în aceste detalii, doar vom zice pur și simplu că ergoterapeutul poate căuta să atingă finalitatea ce mai greu de atins pentru a obține și a se mulțumi cu o alta în caz de eșec sau ca el să poată să caute denominatori comuni între obiectivele și mijloacele care permit atingerea și unei și alteia din părțile finalității.

SCOPURILE TRATAMENTULUI. SCOPURILE TRATAMENTULUI SUNT ENUNȚURILE CARE DEFINESC ORIENTAREA DE DURATĂ A TRATAMENTULUI.

Pentru ale pune, ergoterapeutul se întreabă ce dorește el ca să reușească să facă clientul pentru a ajunge la finalitățile intervenției. Un plan de tratament conține întotdeauna o serie de scopuri care corespund subdivizării finalităților. Atingerea tuturor scopurilor puse în ergoterapie nu semnifică că finalitățile sunt atinse. Realizarea altor scopuri puse de către alți intervenienți este deseori necesară. Condiții exterioare sferei de putere a ergoterapeutului pot contribui la atingerea finalității sau la eșuarea sa. De exemplu, lipsa de resurse financiare împiedică reîntoarcerea la domiciliu.

Scopurile sunt performanțe, constituente ale performanței, competențe sau comportamente adaptive pe care pacientul trebuie să le dezvolte sau să le mențină pentru viața sa de zi cu zi după intervenție. Scopurile contribuie la atingerea finalităților de ergoterapie, la dezvoltarea, la menținerea, la restabilirea funcționalității și la prevenirea disfuncționalității.

Scopurile posibile sunt de nenumărat. Mâncarea, îmbrăcarea, gătitul, găsirea rutei sale prin spital, regăsirea capacității de a percepe necesitățile sale, interesele sale, valorile sale; rădobândirea capacității sale de a soluționa problemele vieții cotidiene; mărirea înțelegerii normelor ce țin de lucrul profesional; micșorarea fricii față de schimbările neprevăzute; dezvoltarea activităților ludice; învățarea de a mânui cu un scaun cu roțile; angajarea în activitățile de îndeletniciri din timpul liber propuse în instituție; respectarea alternației perioadelor de repaos și activitate; folosirea în viața de zi cu zi a principiilor de protecție articulară, etc...

Scopurile sunt eventual puse prin raport la anturajul pacientului: părinții învață să-l manipuleze pe copil, infirmierele învață să prevină dezvoltarea agresivității la pacient. Scopurile nu sunt niciodată puse relativ la ergoterapeut. Astfel, a ști dacă pacientul suferă sau nu de tulburări cognitive nu este un scop al tratamentului, dar o directivă de evaluare deosebită deoarece ergoterapeutul n-a putut sau nu a vrut să evalueze funcțiile mentale pînă la această clipă. Nici mijloacele de tratament nu trebuie să fie confundate cu scopurile. A amenaga mediul sau a furniza mijloace auxiliare sunt mijloace de tratament. Ele intră în programul de tratament.

Trebuie de avut grijă de a nu confunda scopurile tratamentului cu scopurile sau obiectivele standarde propuse de către un model de practică sau un cadru de referință. Modelele se aplică claselor de pacienți dar nu și în special unui anumit pacient din aceste clase. Reproducând în scopurile sale de tratament scopurile standarde ale modelelor alese, terapeutul pierde abordarea sa comprehensivă a pacientului și nu formulează decât generalități. Astfel, ameliorarea planificării acțiunii, creșterea tonusului postural central, ameliorarea amplitudinii articulare, obținerea echilibrului în poziția în picioare, întărirea apărării sinelui nu sunt scopuri de tratament. Ele reprezintă mijloace sau obiective generale de tratament. De exemplu organizarea zilei sale, a-și menține poziția așezat fără sprijin, a apuca toate obiectele uzuale cu mâna dreaptă, a evita căderile, a tolera eșecurile sunt scopuri. Ele sunt tangibile datorită obiectivelor generale sau datorită mijloacelor evocate anterior. Un bun „truc” pentru a evita confundarea scopurilor cu mijloacele sau obiectivele generale propuse de către un model de practică este de a se abține de la folosirea vocabularului ezoteric al modelului de practică în formularea scopurilor. La acest vocabular ezoteric este preferabil de a substitui termenii cei mai comuni legați de

savoir –faire sau de capacitățile de a acționa al individului. Aceasta nu este întotdeauna ușor. Mai ales dacă vrem să rămânem sintetici și să evităm o lungă listă de scopuri. Alegerea termenilor comuni pentru formularea scopurilor facilitează comunicarea cu pacientul și cu alți intervenienți. Dacă scopurile sunt înțelese de către pacient, dacă ele au o semnificație pentru el față de boala sa, ele vor legitima propunerile de activități care i se vor face pe parcurs.

Scopurile se află în relație cu cu problemele stabilite prin intermediul evaluării formative. Ele vorbesc despre jenele pe care ergoterapeutul dorește să le atenueze sau să le elimine. Ele se bazează pe resursele de care dispune clientul Scopurile pot fi clasate ierarhic între ele. Aceasta în cazul când problemele sunt și ele aranjate în mod ierarhic. Astfel, într –un plan de tratament, ordinea apariției scopurilor corespunde la ceea ce este exprimat în sinteza problemelor

OBIECTIVELE GENERALE ALE TRATAMENTULUI. UN OBIECTIV GENERAL ESTE UN ENUNȚ CARE DESCRIE ÎN TERMENI DE CAPACITATE A PACIENTULUI REZULTATELE SCURTATE A UNEI SECVENȚE DE UCENICIE. OBIECTIVELE GENERALE DEFINESC CEEA C ERGOTERAPEUTUL ESTIMEAZĂ CĂ PACIENTUL VA TREBUI SĂ REUȘEASCĂ PENTRU A-ȘI ATINGE SCOPURILE. ELE ENUNȚĂ CEEA LA CE VA REALIZA ACTIVITATEA CLIENTULUI ÎN CONDIȚII DETERMINATE.

În anumite cazuri obiectivele generale sunt deduse din scopurile tratamentului. Dacă deducția este corectă, scopurile sunt atinse de îndată ce sunt atinse și obiectivele generale. În așa planuri de tratament, există atâtea obiective generale de câte demultiplicări de scopuri se are nevoie. Un obiectiv general poate participa la realizarea mai multor scopuri. De exemplu, „identificarea pacienților care frecventează atelierul” poate de asemenea servi scopului „identificarea persoanelor care pot ajuta pacientul într – o situație dificilă” precum și scopului „stăpânirea conflictelor în situațiile de lucru în echipă”.

În alte cazuri, ergoterapeutul recurge la modele de practică sau cadre de referință destul de precise și de elaborate pentru a defini competențele pe care trebuie să le trateze. Obiectivele pe care trebuie să le atingă și mijloacele posibile. Îi este atunci destul să aleagă în planul său de tratament dintre obiectivele propuse de către modelele alese, acelea care după părerea lui par să satisfacă scopurilor pe care el le-a fixat. În aceste cazuri, regăsim în formularea obiectivelor generale formularea ezoterică a modelelor de practică.

Exemplul de plan pe care – vom prezenta în subcapitolul următor va servi drept mijloc de demonstrare a ceea ce am menționat mai sus. În acest tip de plan de tratament, se vede că scopurile sunt în special specifice clientului în timp ce obiectivele generale sunt mai puțin specifice clientului dar cu mult mai specifice modelelor de practică alese. Obiectivele generale corespund mai mult generalităților și abstracțiilor care enunță tulburările sau deficiențele clientului decât dificultăților observabile sau relatate de către client.

Obiectivele generale sugerează mijloacele de tratament, adică tehnici sau activități și proceduri de urmat pentru a reuși a le obține. De exemplu, obiectivul general „a pune hainele pe sine în ordinea corectă” sugerează de a exersa îmbrăcarea și de a realiza activități concrete constituite dintr-o succesiune de secvențe concrete care lăsa urme. De exemplu colajele. Mijloacele sugerate de către obiectivele generale sunt mai clare în cazul în care ele sunt legate de modele de practică foarte dezvoltate decât în cazul în care ele sunt legate de cadre de referință vage sau esență teoretice.

Într-un tratament obiectivele generale nu pot fi toate atinse simultan. În majoritatea cazurilor, atingerea unor anumite obiective este necesară pentru ca pacientul să treacă la alte obiective. Într-un plan de tratament, obiectivele generale sunt deseori redactate în ordinea în care ele vor trebui să fie realizate. Astfel primele pe listă sunt obiectivele generale intermediare și ultimile sunt obiectivele generale terminale.

Relațiile între finalități, scopuri și obiective generale într-o intervenție terapeutică nu sunt simple. Noi am evocat mai multe moduri de a le concepe. Noi nu am examinat toate elementele și toate întrebările care se ivesc la acest capitol, tocmai pentru că o metodă validă și eficientă care ar pune cap la cap metoda prin obiective survenită din pedagogie și scopurile și obiectivele propuse de către modelele de practică utilizate în general în ergoterapie ar necesita studii de cercetări. Pentru a clarifica propozițiile noastre în ceea ce privește planificarea tratamentului, noi am ales prezentarea adouă exemple. Primul, expus în continuare, nu conține decât un plan de tratament. Al doilea va urma după expunerea programei de tratament; el conține un plan și o programă care îi corespunde.

8. 4. Executarea tratamentului

Executarea tratamentului este faza de intervenție propriu zisă. Ergoterapeutul, aplicând programul construit la faza precedentă, își propune să obțină obiectivele generale și scopurile tratamentului. Această fază este cea mai lungă în procesul de îngrijire și se derulează esențialmente în prezența clientului.

S-ar putea crede că nu sunt multe a spune referitor la această fază din punct de vedere a procesului de îngrijire deoarece merge vorba doar de executarea a ceea ce a fost elaborat în prealabil. Noi nu suntem de această părere, în mod special din cauza următoarelor două motive:

Executarea tratamentului este esențialmente o colaborare între client și terapeutul său. Ambii parteneri trebuie să negocieze des o parte din intervenție, și anume mijloacele propuse, obiectivele specifice pentru mijloacele alese, cadrul spațio –temporal de intervenție. Astfel, dacă această fază este mai ales centrată pe acțiune, asupra practicii, asupra tehnicilor, ea nu va merge fără un număr impresionant de reflecții și teoretizări atât din partea terapeutului cât și din partea clientului. Lucrarea noastră nu va prezenta însă aceste negocieri decât din punctul de vedere a ergoterapeutului. Evoluția reprezentărilor despre ergoterapie pe care clientul și -le face pe parcursul intervenției și felul în care el acționează asupra ergoterapeutului vor fi tema unui altui studiu.

Mai mult ca atât, în afara tuturor aspectelor negociate în mod explicit între client și ergoterapeut, acesta din urmă cugetă mult în timpul intervenției. El determină în mod continuu ce activități el poate propune, care obiective specifice a acestor activităților el poate edifica, ce ajutor poate el furniza clientului, ce adaptări trebuie aduse derulării ședinței în dependență de starea psihică și fizică la moment a clientului. Astfel practicile zilnice ale ergoterapeuților sunt pe departe de a fi doar punerea în practică a tehnicilor alese în prealabil. Ele sunt o teoretizare constantă a ceea ce este observat, care permite modificările permanente și necesare a acțiunilor terapeutului. Terapeutul, în practica sa de zi cu zi în ședințele de tratament, este o „mașină de cugetare”. Efortul său cognitiv totuși nu este recunoscut de el și de anturajul său ca atare, pe de o parte pentru că ține de rutină, pe de alta pentru că e puțin vizibil. Ceea ce se vede este mai mult acțiunea decât modul în care ea este dirijată.

Aceste considerațiuni asupra rolului clientului în intervenție și asupra importanței reflecțiunii terapeutului în dirijarea ședințelor de tratament ne conduc la abordarea în acest capitol a alegerii de activități, obiectivelor specifice, analiza activității, adaptarea activității apoi derularea ședinței de ergoterapiei și, în sfârșit, rolul de observare în timpul ședinței.

Alegerea activităților. Gama de activități posibile în ergoterapie este a priori foarte largă. Activitățile sunt deseori selecționate în acelaș timp și succesiv de către evoluția executării tratamentului. Alegerea lor este totuși limitată de către obiectivele generale și scopurilor intervenției. Activitățile alese trebuie să permită realizarea lor. Alegerea este la fel limitată de către contextul instituțional în care ergoterapeutul activează, tocmai pentru

că toate serviciile de ergoterapie nu sunt dotate pentru toate activitățile sau pentru că anumite activități nu sunt considerate ca având virtuți terapeutice de către majoritatea îngrijitorilor din sectorul de spitalizare. De exemplu boirea pe mătase este șocantă în terapia chirurgiei mâinii.

În ergoterapie, clientul beneficiază de libertate în alegerea activităților. Dacă el a înțeles și a acceptat handicapul său ca posibilități ale ergoterapiei, el este capabil să propună el –însăși activități care trebuie întreprinse. Ergoterapeutul devine atunci un consilier și un ajutor în executarea sarcinii. Zicem atunci că ergoterapeutul ghidează clientul lăsându –se ghidat de el. Din nefericire, un așa grad de accord între client și ergoterapeut e rară. Ergoterapeutul este deseori constrâns să-l convingă pe client de utilitatea cutare sau cutare sarcinii, și chiar de necesitatea tratamentului. Terapeutul se găsește atunci într –o situație periculoasă în ceea ce privește urmărirea intervenției deoarece, într –o ultimă analiză, nimeni altul decât clientul este cel care, refuzând sau acceptând efectuarea activităților propuse, decide urmarea tratamentului.

Majoritatea teoreticienilor ergoterapiei indică că propunerile activităților trebuie să fie acordate intereselor și valorilor clientului. Noi considerăm împreună cu Allen (1987) că acest mijloc de a convinge este foarte slab. Handicapul, maladia, spitalizarea reduc considerabil condițiile de existență a subiectului. Pentru el nimic din ceea ce a fost înainte nu mai este natural. Astfel propriile sale valori, interesele sale de altă dată sunt deseori departe de a fi resurse îndestulătoare pentru a înfrunța aici și acum situația sa și să se angajeze într –un proces activ de restabilire a funcționalității sale. Ascultarea atentă, așteptarea, ingeniozitatea în propuneri, încrederea pe care ergoterapeutul o acordă în ajutorul pe care îi acordă cea de-a treia parte, rămân deseori, pentru o perioadă de timp, unicele „mijloace” ale ergoterapeutului.

La urma urmei, imediat ce pacientul ia decizia de a trece la acte și de a se lansa în activitățile oferite sau de a propune activități, înseamnă că ele par pacientului de a avea o semnificație și importanță prin raport la ameliorarea situației sale. Din nefericire, este foarte dificil de a ști prin ce o activitate devine, sau este semnificativă pentru un individ (Thibodeaux, 1980). Variabile contextuale și **anamnestice** intervin dar de a determina cu siguranță cum ele intervin rămâne iluzoriu. Există astfel în tratament o mare parte de neînțeles; ingeniozitatea terapeutului în propunerile activităților trimițând la o analiză probabilistă a ceea ce ar putea convine.

Obiectivele specifice. De îndată ce o activitate este aleasă, ergoterapeutul trebuie să fie capabil să determine obiectivele pe care le vrea ca clientul să le atingă pe parcursul

realizării sale. Aceste obiective sunt foarte specifice sarcinii alese și dificultăților pe care clientul le va întâmpina efectuându –o.

În planul definiției, un obiectiv eset considerat specific sau operațional dacă el descrie în termenide comportamente observabile spre ce tinde executarea unei sarcini. Obiectivele specifice sunt echivoce cu cât mai puțin posibil. Ele sunt centrate pe capacitățile clientului de a efectua ceva în activitatea aleasă. De exemplu, a pregăti o omletă cu ciuperci după o rețetă sau a strânge cu mâna obiectele de pe suprafața de lucru și a le pune pe podea.

Pînă aici noi am considerat că poziționarea obiectivelor specifice urmează alegerea activităților. Așa se întâmplă că de fapt ea din contra o precede. Ergoterapeutul determină mai întâi obiectivele specifice apoi el caută o activitate care le este compatibilă. Aceasta facilitează pentru ergoterapeut propunerea către client a unei activități bine definite asupra cărei el poate argumenta arătând care obiective foarte paricularea ea permite să atingă. De exemplu, obiectivele specifice: „ a fi în stare să se aplece înaintea și de a se îndrepta în scaunul cu roțile” justifică activitatea „a lua balonul de pe genunchi și a-l rostogoli către ergoterapeut”.

Imediat ce ergoterapeutul determină obiectivele specifice înainte de a alege activitățile, el le constituie prin demultiplicarea obiectivelor generale în atâtea obiective specifice în cîte el consideră că are nevoie. De exemplu, fie vorba despre obiectivul general „a controla poziția pe șezute” luată din exemplul de la paragraful Exemplu de tratament; domeniul psihiatriei, terapeutul a fixat obiectivele operaționale următoare :

- a fi în stare să se aplece înaintea și de a se îndrepta în scaunul cu roțile
- a fi în stare să se aplece în partea dreaptă și de a se îndrepta în scaunul cu roțile
- a fi în stare să se aplece în partea stângă și de a se îndrepta în scaunul cu roțile
- să îndrepte o poziție patologică la indicațiile îngrijitorului
- a conserva o poziție pe așezate corectă cu sprijinirea spatelui
- a conserva o poziție pe așezate corectă fără sprijinirea spatelui
- auto –evaluarea poziției a trunchiului său și a centurilor pelviene scapulare
- a rectifica fără consemn poziția sa pe așezate.

Acest exemplu ne induce la formularea a trei remărci. În primul rând, obiectivele specifice citate nu vor fi atinse simultan; unele deci sunt intermediare prin parort la altele. În al doilea rând, obiectivele operaționale alese contribuie de asemenea la realizarea altor obiective generale ale aceste îngrijiri. În al treilea rând, lista acestor obiective specifice nu este exhaustivă. Această ultimă remarcă este importantă. Ea are semnificația, că într –o situație clinică, nu se caută exhaustivitatea în enumerarea obiectivelor specifice ale tratamentelor. Se determină doar acele obiective care par indispensabile alegerii tehnicilor tratamentului.

De îndată ce poziția obiectivelor specifice urmează alegerea activităților, acestea sunt în relație cu obiectivele generale prin intermediul activităților. Fiecare reprezintă o posibilitate de a viza unul sau mai multe din obiectivele generale. Mai multe activități sau mai multe repetări ale unei și aceleiași activități sunt atunci necesare pentru realizarea unui obiectiv general. Ansamblul de obiective specifice ale activităților unei îngrijiri nu sunt altceva în acest caz decât o demultiplicare parțială a obiectivelor generale. Această demultiplicare este totodată suficientă pentru ajungerea la obiectivele generale.

Faptul că poziționarea obiectivelor specifice precede sau urmează alegerea activităților depinde în special de client și de modelele de practică selecționate. Dacă clientul, folosindu –se de libertatea pe care i –o dă ergoterapeutul, propune activități, poziționarea obiectivelor urmează alegerea sa. Dacă, din contra, el nu este capabil să determine ceea ce el vrea să facă, terapeutul trebuie să propună activități în funcție de obiectivele specifice elaborate în prealabil de către el. Executarea tratamentului în acest al doilea caz este cu mult mai dirijată de către ergoterapeut decât în primul caz. Modelele de practică au o influență în măsura în care anumite din ele sunt mai explicite și mai complete asupra punctului de obiective, în timp ce altele sunt mai ample în ceea ce privește enumerarea de activități posibile. De exemplu, modelele dominate de către chineziologie sau teoriile lui B. Bobath conduc mai ușor la poziționarea obiectivelor specifice decât modelele influențate de către teoriile psihodinamice. Modelele generice construite pe o concepție totalizantă a individului și a interacțiunii sale cu mediul ambiant se pretează mai ușor la o poziție a obiectivelor care urmează alegerea activităților. Unul din marele principii ale acestor modele fiind tocmai cel de a lăsa multă libertate clientului în alegerea activităților.

Vrem încă să ma adăugăm că anumite tratamente sunt atât de precise că poziționarea obiectivelor specifice poate fi pusă îndată după poziționarea obiectivelor generale în cadrul planului de tratament. Această situație se prezintă în cazul în care clientul suferă de tulburări motorice specifice și că ergoterapeutul dispune de un model

de practică foarte specializat și specific tulburărilor de care suferă clientul. El va opta astfel pentru reeducarea îmbrăcării pentru cei cu hemiplegie.

Analiza activității. Alegerea activității fiind efectuată, ergoterapeutul analizează această activitate cu scopul de a conduce în așa mod încât realizarea sa să aducă clientului efectul așteptat.

Analiza este în primul rând structurală. Ergoterapeutul enumeră operațiile spre executare după gradul de precizie pe care îl consideră cel mai eficace. El descrie, dacă e necesar, cu mai multă precizie operațiile care îi par mai problematice. El determină materialul și instrumentele indispensabile. Mai ales, el își imaginează alternativele care se sprijină de material, instrumente sau operații. El alege locurile în care activitatea se va desfășura și le determină durata.

Analiza este în continuare orientată asupra funcțiilor puse în evidență de către realizarea activității. Aceasta este centrată în mod particular asupra funcțiilor a căror activitatea este rațională în a permite ameliorarea pentru pacientul anumit. Kielhofner (1985) vorbește la acest capitol despre analiză clinică a activității: se analizează de exemplu activitatea sub unghiul de mișcări și poziții, de programare a sa, de capacități senzoriale indispensabile reușitei sale, de posibilități de interacțiune, a riscurilor sale de eșec. Aici intră și modelele de practică care permit de a defini criteriile de analiză, și chiar cine le propune.

Atunci când o activitate este determinată de către client, analizele structurale apoi clinică a activității permit poziționarea obiectivelor. Ele favorizează de asemenea căutarea amenajarea de materiale sau a adaptărilor a activității pe care terapeutul trebuie să-o facă cu scopul de ca clientul să le poată efectua și a atinge obiectivele specifice. Atunci când activitatea este aleasă în funcție de obiectivele specifice, aceasta îl obligă pe terapeut să realizeze analiza a mai multor activități susceptibile de a conduce clientul la obiectivele operaționale, apoi să se decidă asupra uneia din ele.

Se poate, cu certitudine, de a se întreba cum reușește terapeutul în cadrul de executare a tratamentului său, într-un timp foarte scurt, să aleagă sau să propună sarcini, să le fixeze obiective, să le analizeze. De fapt, și cu excepția studenților ce studiază ergoterapia, aceste diverse operații sunt în mare parte mentale. De exemplu, dacă o persoană decide să facă obiecte împletite din nuiele, ergoterapeutul său analizează imediat activitatea, definește obiectivele, și negociază obiectul care va fi realizat în mai puțin de cinci minute; el nu redactează nici o linie. Frecvent, însă, ergoterapeutul dispune de câteva minute înainte de sosirea unui client pentru a reflecta asupra ședinței de tratament

și a determina ceea ce el vrea să facă, cum și de ce. El poate atunci nota rapid activitățile alese sau posibile, obiectivele lor, analizele lor, și mijloacele pe care el își propune să le folosească pentru a-l acompania pe client în acțiunea sa.

Adaptarea activității. Ergoterapeuții străpânesc un ansamblu de cunoștințe care le permite să adapteze alegerea ca amenajarea sau derulare activității la caracteristicile clienților lor. Această competență este considerabilă la ergoterapeuți; ea le este de asemenea relativ specifică.

Adaptarea în alegerea activității semnifică ca ergoterapeutul propune în primul rând sarcini simple, iar mai apoi sarcini mai dificile. Ergoterapeutul conferă termenilor „simplu” și „dificil” sensul care le convine prin raport la evaluarea sa formativă, la obiectivele sale de tratament și la programa sa. Aceasta semnifică în particular în ordinea normală de achiziționare niște abilități fie că ele sunt senzoriale, motorice, cognitive, afective sau sociale. Ergoterapeutul propune în egală măsură sarcini pe care el le consideră ca convenabile pentru client ținând cont de contextul în care acesta a trăit și de cultura sa. Imediat ce încrederea a fost stabilită el își permite să stabilească sarcini care țin mai puțin adaptate la cultura pacientului, dar mai specifice tratamentului.

Adaptarea desfășurării activității acoperă în ansamblu de principii și tehnici care vizează facilitarea achiziționării unei performanțe sau pur și simplu realizarea unei activități. Mijloacele auxiliare reprezintă un mijloc de facilitare a realizării unei activități. Astfel de tehnici ca dozajul consemnării, ghidarea, recurgerea la imitarea privind de asemenea adaptarea activității. Toate modificările sarcinii care se sprijină pe dispunerea de material și instrumente, pe complexificarea sau simplificarea operațiilor sunt adaptări a căror principii directe sunt cele a modelelor de practică care le propun.

Adaptarea adecvată a unei activități ca punerea în evidență a potențialului său de adaptabilitate este făcută posibilă de către analiza structurală.

Derularea ședinței de ergoterapie. O ședință de ergoterapie se subdivizază în trei faze de lungime inegală: o fază de pregătire sau orientare, o fază de activitate propriu-zisă sau de dezvoltare, o fază finală (Proiect ergoterapie/terapie de animare 1982; Hopkins, 1978).

Faza de pregătire conține pregătirea ședinței fără pacient, adică alegerea activității sau de propuneri de activități, poziționarea obiectivelor specifice, alegerea tehnicilor de tratament, planificarea spațială și temporală a ședinței, dispoziția de material, invitația de a treia parte dacă se cere. Faza de pregătire se duce mai departe în prezența clientului.

Ergoterapeutul dă explicațiile indispensabile. El sesizează starea de spirit și starea fizică momentană a pacientului cu scopul de a ajusta intervenția (Turner,1978). În caz de necesitate, el efectuează un tratament preliminar cu scopul de a permite acțiunea. De exemplu, manipulări ce vor permite normalizarea tonusului.

Faza de activitate corespunde realizării acțiunii de către pacient ajutat de către terapeut în condițiile determinate în prealabil. Terapeutul utilizează tehnici pe care el le-a selecționat pentru a parveni la obiective ca pentru a adapta activitatea. El veghează asupra faptului ca obiectivele specifice să fie atinse sau ca cel puțin rezultatele să meargă în direcția care trebuie. Faza finală încheie ședința. Este important ca pacientul să fie conștient că sfârșitul ședinței se apropie. Acesta poate fi anunțat. Ea poate fi supusă sfârșitului propriu zis a unei sarcini sau a unei întreruperi prevăzute a activității sau a exercițiilor. Faza finală deseori poate conține o discuție apropo de ședința sau tratament în general. Ea conține întotdeauna propuneri mai mult sau mai puțin elaborate pentru ședința următoare; aceste propuneri facilitează pregătirea următoarei ședințe.

Observația în timpul intervenției. Terapeutul, în timpul executării tratamentului, observă acțiunea pacientului cu scopul de a ajusta propriul său comportament la informațiile care îi sunt furnizate permanent. Această observație este cu mult mai mult o observare –participare decât în colectarea de date (Missiuna, 1987). Ea se referă în același timp și la comportamentul pacientului și a la cel al terapeutului în așa mod încât ergoterapeutul poate afla în ce condiții, cu ce ajutor pacientul devine eficace.

Această observație –participare își descoperă sensul pe deplin atunci când sfaturile trebuie oferită și la cea de a treia parte care își va asuma responsabilitatea refitoare la pacient în viața de zi cu zi. Această informare a celei de a treia părți este una de funcțiile ergoterapeuților. Aceasta devine posibil datorită competențelor ergoterapeuților apropo de adaptarea activităților la jenele și resursele clienților.

Această observație aduce informații asupra evoluției clientului în ceea ce privește perceperea maladiei sale, tratamentului sau propriilor sale resurse. Aceste informații sunt importante tocmai pentru a determina articulațiile între diferitele îngrijiri a căror obiect este pacientul și pentru a defini următoarele etape ale tratamentului.

Aceste observații sunt capitale pentru determinarea evoluției tratamentului. Ele facilitează evaluarea sumativă. Ele permit terapeutului să-și iamgineze randamentul prestațiilor oferite, fie rezultatele reale înafara terapiei intervenție ergoterapeutice.

Concluzii

Am demonstrat în acest capitol în ce este practica cotidiană de ergoterapie atât teoretică cât și tehnologică. Noi am sublinat faptul că reflecțiile terapeutului sunt puțin vizibile, tocmai din cauza vitezei cu care sunt luate deciziile în timpul ședințelor de tratament. Această rapiditate indispensabilă în practica clinică pentru ca tratamentul să poată avea loc produce efecte perverse care nu trebuie să fie neglijate: nu se poate ști exact de ce tratamentul este eficace sau ineficace; nu se poate ști exact dacă deciziile luate au fost cele mai bune, se mai uită ce –a fost făcut și de ce a fost făcut... Aceste efecte perverse au consecințe nefaste asupra evaluării sumative și evaluării generale a calității prestațiilor furnizate în ergoterapie. Aceste efecte nu pot fi decât parțial depășite de către o planificare mai bună a ședințelor și de către mijloace cu pondere mai mare de tipul prezenței unui observator, sau mijloacelor audio –vizuale. Zicem parțial pentru că timpul în care se derulează ședința nu poate fi nici suspendat pentru ai permite ergoterapeutului să chibzuiască în voie, nici că se poate să fie redus la zero pentru ca ergoterapeutul apoi să reieie ședința într –un mod diferit.

O planificare a ședințelor chibzuită într –o perioadă mai mare de timp, fixând cu o precizie mai mare derularea ședinței înaintea sosirii clientului favorizează și facilitează deciziile din timpul intervenției pentru că terapeutul s-a gândit deja la diferite eventualități. Între timp de câte ori nu s –ar experimenta s-a observat că planificarea devine foarte repede rigidă; că ea mai degrabă scade din suplețe decât o conferă și că la urma urmei s-a efectuat un lucru de pregătire care s-a dovedit scump din punct de vedere a timpului și ineficace în procesul intervenției.

Ameliorarea validității intervențiilor în ergoterapie ne pare imposibilă de a realiza în cadrul tratamentelor –însăși anume din motivele pe care le –am evocat. Ergoterapeuții au nevoie pentru aceasta de cercetări clinice, care ar trebui să fie conduse de către ergoterapeuți.

8. 5. Evaluarea sumativă

Evaluarea sumativă este ultima fază a procesului de ergoterapie. Ea include măsurarea rezultatelor intervenției. Ea permite oprirea tratamentului sau modificarea lui. Ea favorizează comunicarea între diferiți îngrijitori apropo de evoluția diferitelor tratamente pe care ei le efectuează.

Este imposibil de precizat când evaluarea sumativă a unei intervenții trebuie să fie realizată. Uneori ea este necesară doar după câteva ședințe, alteori câteva luni trebuie să

treacă între evaluarea formativă și cea sumativă. Iar în cazul în care procesul de îngrijire este foarte lung, el va conține mai multe evaluări sumative.

Indiferent de ce durată este perioada cuprinsă între diversele evaluări, pe care tratamentele și le pun ca scop, rezultatele lor trebuie să fie consemnate în scris și prin date. Aceste indicii scrise facilitează distanțarea între intervenții, în special în cazurile cronice când intervențiile ajung să devină prea de rutină.

Procedura de reevaluare. Pentru măsurarea tratamentului se folosesc mai multe procedee, deseori combinate. Ergoterapeutul poate să-și reia notițele asupra obiectivelor specifice atinse, punându-și întrebarea dacă aceasta înseamnă că obiectivele generale sunt atinse. Dacă acesta este cazul și planul tratamentului este realizat, atunci asta înseamnă că scopurile sunt atinse.

Ergoterapeutul poate să-l supună pe pacient la trecerea repetată a probelor la care pacientul a fost supus la etapa evaluării formative și să compare rezultatele actuale cu rezultatele precedente. Această procedură permite măsurarea evoluției și constatările sunt mai bine raportate la obiectivele generale sau la scopurile tratamentului.

În sfârșit ergoterapeutul poate analiza cu migală notițele pe care el le-a făcut la sfârșitul ședințelor de tratament. Această procedură permite să fie măsurate rezultatele răspunzând de asemenea la întrebarea despre cum a avut loc evoluția. Evaluarea obținută este atunci mai mult formativă decât sumativă deoarece ea depășește cu mult compararea între constatări sau o simplă sumare a obiectivelor generale. Ea furnizează importante indicații dacă intervenția se cere a fi modificată (Asociația canadiană a ergoterapeuților, 1986).

Indiferent de care sunt mijloacele pentru colectarea informațiilor pertinente și pentru analizarea lor, evaluarea sumativă erupe în rezultate. Toate scopurile pot fi obținute, unele din ele pot fi atinse sau realizate doar parțial sau deloc. Starea clientului poate rămâne pe loc sau poate evalua. Terapeutul trebuie atunci să ia decizii referitoare la continuarea tratamentului. El poate intrerupe tratamentul, să-l urmeze fără modificări sau, din contra, să schimbe planul său sau programa sa. Schimbarea tratamentului semnifică că terapeutul trebuie să găsească motivele pentru care el se găsește în stare de eșec total sau parțial.

Rezultatele nu sunt numai decât ușor de pus în evidență. Ne-am convins în subcapitolul **Caracteristicile datelor colectate în ergoterapie** că multe din sferele de acțiune ale individului nu pot fi evaluate în contextul ergoterapiei. Anumite programe nu pot fi evaluate în momentul în care un pacient va părăsi instituția de spitalizare; în special

programele de prevenire. Rezultatele sunt măsurate în prezența terapeutului. Există riscul că în cazul în care terapeutul dispare din imagine, pacientul va decide să nu se mai conformeze la ceea ce era de așteptat din partea lui în procesul tratamentului. Deseori, ergoterapeutul adaugă la evaluarea obiectivă a tratamentului o evaluare mai subiectivă; fie, la urma urmei, ceea ce el crede despre viitorul clientului și de ceea ce el acceptă să facă.

Consecințele rezultatelor tratamentelor. Factorii care influențează rezultatele tratamentelor sunt multiple. Ele pot fi atribuite lucrului ergoterapeutului, evoluției bolii pacientului sau factorilor externi. Prin factori externi subînțelegem alte tratamente, sau schimbări în starea socială sau afectivă a clientului. De fapt, rezultatele nu pot fi atribuite cu certitudine ergoterapiei. S-ar putea stabili legături între rezultate și tratament dacă s-ar dispune de un model, metode sau tehnici statistice potrivite pentru a controla, a analiza sau a dezvălui factorii care influențează rezultatele. Dar acesta nu este cazul (Asociația canadiană a ergoterapeuților, 1987).

În cazul în care rezultatele sunt rele, terapeutul trebuie să-și pună întrebarea dacă tratamentul a fost efectuat în mod corect. În așa caz el trebuie să reia procesul de ergoterapie revizuind și punând întrebări în primul rând asupra executării tratamentului, apoi programei, apoi planului, apoi organizării și interpretării datelor, apoi colectării datelor. De fiecare dată el trebuie să –și pună întrebarea dacă raționamentele au fost corecte, dacă anumite momente nu au fost omise, dacă legăturile între fraze sunt clare. Dacă el observă vre –o greșală, el își reorganizează tratamentul ținând cont de aceasta. Ca urmare el poate fi condus la o refacere a analizei datelor, a unui plan sau a unei programe de tratament. Aceeași procedură este urmată în cazul în care în cursul intervenției apar informații suplimentare în stare de a bulversa tratamentul.

Evaluarea sumativă nu numai facilitează doar modificarea tratamentului, ea permite și organizarea sfârșitului tratamentului și punerea la punct a unei eventuale supravegheri a clientului de către alte servicii.

Concluzii

Cititorul probabil deja constatare că ceea ce noi am scris referitor la evaluarea sumativă este puțin, mai ales în comparație cu ceea ce-am scris referitor la evaluarea formativă. După părerea noastră sunt două cauze principale pentru aceasta : în primul rând, se acumulează lipsa de precizie a procesului de ergoterapie în evaluarea formativă, în planificarea tratamentului și în executarea tratamentului, acestea fac dificilă evaluarea finală a tratamentului. În al doilea rând, ergoterapeuții, până în ultimii ani, s-au

interesat mult mai mult de evaluarea formativă care le permite să acționează în cunoașterea cazului decât de evaluarea sumativă unde interesul pentru intervenția –însăși este mai mic decât pentru urmările îngrijirii; care se derulează în general fără ergoterapeut care a efectuat tratamentul.

Astăzi, ergoterapeuții trebuie să facă un efort în a dezvolta măsurarea rezultatelor intervenției. Rezultate de tratament evaluate în mod corect și notate cu meticulozitate sunt un atu prețios pentru colaborarea interprofesională fără care identitatea clientului și comprehensiunea a ceea ce i se întâmplă sunt ridiculizate. Măsurarea rezultatelor tratamentului favorizează de asemenea evaluarea ergoterapiei –însăși: comparând efectele intervențiilor ergoterapeutice asupra unei populații de clienți care suferă de aceeași afecțiune, se poate de evaluat posibilitățile ergoterapiei care țin de tratamentul afecțiunii date luate în considerație. La ora actuală în care angajatorii și utilizatorii de servicii cer profesionalilor un nivel de sănătate care le-ar permite să dea darea de seamă referitor la interesul și calitatea prestațiilor lor, cercetări clinice asupra evaluării tratamentelor ar fi foarte binevenite.



Întrebări de recapitulare:

1. Caracterizați metodele de tratament utilizate în ergoterapie.
2. Argumentați necesitatea evaluării formative în ergoterapie.
3. Elucidați semnificația planificării tratamentului pentru reușita intervenției ergoterapeutice.
4. Nominalizați exigențele ce necesită a fi respectate de către ergoterapeut în executarea tratamentului
5. Enunțați tehnicile de realizare a evaluării sumative în cadrul ergoterapiei.

Studiu individual:

1. Realizați o vizită de studiu la o instituție din comunitatea D-stră care prestează servicii de reabilitare socială. Documentați-vă referitor la problemele cu care se confruntă beneficiarii și necesitățile acestora.
2. Elaborați un ghid de buzunar cu indicații metodologice vizînd realizarea procesului de ergoterapie pentru beneficiarii instituției nominalizate ținînd cont de vîrsta acestora și tipul de dificultate.

