

Министерство Здравоохранения Республики Молдова

Пособие

---

# ТРУДОТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

---

(для медиков, медицинских ассистентов, психологов,  
социальных ассистентов и менеджеров медицинских и  
социальных услуг)

Кишинёв 2008

Пособие был разработан в рамках проекта *«Поддержка реформы в области психического здоровья (Трудотерапия) в Молдове»*, при финансовой поддержке Агентства по Сотрудничеству и Развитию в Молдове, Швейцария, при участии экспертов:

1. Валентина Прицкан – доктор психологии, доцент, декан факультета Педагогики, Психологии и Социального Обеспечения БГУ «А. Руссо»
2. Лариса Бордескова – Национальный Координатор Пакта Стабильности в области психического здоровья, доктор медицины, старший исследователь.
3. Жана Кихай – психиатр-психотерапевт, психотерапевт, директор Центра Психического Здоровья «Somato», муниципия Бэлць, лектор факультета Психологии, Педагогики и Социального Обеспечения БГУ «А. Руссо»

## Содержание

<b>Введение</b>	<b>5</b>
<b>Тема 1. Трудотерапия и её научные толкования</b>	<b>9</b>
1.1. Трудотерапия: концептуальные границы, направления и фундаментальные функции	10
1.2. Историческая эволюция трудотерапии	15
Вопросы для повторения	21
<b>Тема 2. Трудотерапия и её научные толкования</b>	<b>22</b>
2.1. Философское обоснование практики трудотерапии	23
<b>2.2. Профессиональные качества трудотерапевтов</b>	<b>27</b>
<b>2.3. Виды деятельности трудового характера</b>	<b>31</b>
Вопросы для повторения	36
<b>Тема 3. Процесс трудотерапии</b>	<b>37</b>
3.1. Проведение процесса трудотерапии	38
3.2. Процесс трудотерапии и отношения между её составными элементами	43
<b>3.3. Оценивание в трудотерапии</b>	<b>48</b>
Вопросы для повторения	53
<b>Тема 4. Роль трудотерапии в психосоциальной и профессиональной реабилитации людей с различными отклонениями</b>	<b>54</b>
4.1. Понятие отклонения. Типы отклонения.	55
4.2. Реабилитация (восстановление) психически больных и людей с ограниченными возможностями	57
4.3. Особенности психического восстановления	65
4.4. Модели программ и практик реабилитации	71
Вопросы для повторения	76
<b>Тема 5. Менеджмент случая и индивидуализированная трудотерапия</b>	<b>77</b>
5.1. Индивидуализированное оценивание и вмешательство	78
5.2. Индивидуальный план вмешательства для людей с расстройствами	87
5.3. Рекомендации для процесса трудотерапии, сконцентрированной на людях с расстройствами	97
Вопросы для повторения	103
<b>Тема 6. Прикладная трудотерапия</b>	<b>104</b>
6.1. терапия игрой	105
6.2. Мелотерапия	118
6.3. Терапия танцами	130

6.4. Терапия искусством	131
Вопросы для повторения	146
<b>Тема 7. Методологические основы для организации процесса эрготерапии</b>	<b>147</b>
7.1. Эрготерапия: дефиниции, задачи, фазы	148
7. 2. Прикладные элементы эрготерапии	153
7.3 Эрготерапия и люди с психическими или физическими дисфункциями.	158
Вопросы для повторения	161
<b>Тема 8. Методологические обоснования осуществления процесса эрготерапии</b>	<b>162</b>
8.1.Процесс эрготерапии и границы терапевтической рациональности. Методы лечения	163
8. 2. Формативное оценивание в эрготерапии	173
8. 3. Планирование лечения	177
8. 4. Осуществление лечения	182
8. 5. Суммарное оценивание	188
Вопросы для повторения	191
<b>Библиография</b>	<b>192</b>

## **Введение**

Пособие намерено отразить научные достижения и опыт развитых стран в создании общинных услуг для социальной реабилитации различных категорий людей посредством трудотерапии. Он предназначен для учебных заведений, готовящих специалистов в следующих областях:

- Трудотерапия
- Эрготерапия
- Социальное обеспечение
- Психология
- Медицина
- Медицинская помощь

Необходимость его написания продиктована тем, что современная медицина высоко ценит роль трудотерапии в социальной реабилитации и восстановлении моральных ценностей.

Роль профессии трудотерапевта заключается в развитии определённых навыков, качеств и привычек у бенефициаров с нарушением функциональных возможностей в любой период индивидуального, физического или психического развития.

Сфера деятельности трудотерапии включает физические проблемы, т.е. телесные, психические – у психически больных, когнитивные, психологические и психосоциальные. Трудотерапевт изучает общие принципы, применяемые для всех вышеупомянутых нарушений.

Область деятельности и работы трудотерапевтов широка: от педиатрии до гериатрических отделений, она охватывает широкий спектр методов: от единичных консультаций до курса лечения, от краткосрочного лечения до реабилитации и помощи в течение долгого периода времени.

Персонал, работающий в области трудотерапии, работает в больницах, клиниках, школах, дома у пациентов, в различных социальных услугах, в тюрьмах. В последнее время она расширила свою деятельность в эргономии, в терапии с участием животных и т.д.

Трудотерапевты работают с пациентами с физическими, психическими или психологическими расстройствами, которые могут быть результатом аварии, ранения, соматической или психической болезни, эмоционального отклонения, конфликта или стрессового состояния, задержки в развитии или генетической аномалии.

Бенефициарами услуг трудотерапии могут быть дети дошкольного возраста, участвующие в программе превентивного вмешательства (например, дети улиц), или ребенок с нейropsychическими проблемами, посещающий общественную школу, или подростки из центра лечения наркотической зависимости, или умственно отсталый или человек с нарушением моторики, которого научили выполнять определённые полезные виды деятельности. Клиентом также может быть парализованный человек, человек с недостаточностью костного мозга или человек с церебральным параличом. Все эти люди должны приспособиться жить в своём доме, помогать семье, несмотря на то, что часть их тела не функционирует нормально.

Клиентом также может быть психически больной, который должен научиться простым вещам, таким как поход за покупками, ведение тетради расходов, пользование общественным транспортом в сопровождении кого-либо, т.е. ежедневным действиям, которые считаются банальными, но которые дают определённую степень независимости и которые могут быть интегрированы в программы профессионального переподготовки.

Трудотерапия также предназначена для людей в возрасте и может применяться в профилактических целях (предотвращение), замедляя процесс старения путём физических и интеллектуальных упражнений, а также терапия случая, которая предполагает помощь людям в возрасте для того, чтобы в максимальной степени вернуть психическую, физическую и социальную независимость.

Повышение личной независимости, в меру индивидуальных особенностей болезни, это то, что связывает различные социально-терапевтические мероприятия.

Параметры лечения в трудотерапии определяются степенью расстройств, наблюдаемых у пациента. Следовательно, только терапевт, исходя из своих знаний и опыта, устанавливает границы и направления лечения, начиная со специальных методов эрготерапии и заканчивая приёмами терапии через игры, спорт, музыку, садоводство, танцы, компьютеры, уход за домашними животными, домоводство или изучение письма.

Вышеуказанные факты демонстрируют, что специалисты, желающие работать в области трудотерапии, должны находить решения в соответствии со своей подготовкой и воображением, направляя свою деятельность на то, чтобы помочь пациенту, развить у него новые навыки, улучшить нарушенные навыки, компенсировать функциональные расстройства, пропагандируя здоровье и рост качества жизни.

Пособие в целом посвящено методологии трудотерапии, и эрготерапии в частности. Пособие адресовано трудотерапевтам, психологам, медикам, социальным ассистентам, которые ежедневно наблюдают, оценивают и лечат клиентов. Они смогут найти в этом пособии объяснение процесса, посредством которого развивается их профессиональное мышление и поведение, в то время, как они занимаются трудотерапией. Это пособие также адресовано тем, кто изучает трудотерапию, преподавателям, которые преподают этот курс и ответственными за практику студентов. Практиканты могут черпать вдохновение и искать ответы на различные вопросы методологического, психологического и педагогического характера. Другие специалисты медицинского, социального и образовательного сектора найдут в пособии методологию, которую можно сравнить с собственными размышлениями.

Необходимость разработки этого пособия исходит из того факта, что трудотерапия и эрготерапия – молодые профессии, как и большинство профессий медицинской, социальной и образовательной сферы. Трудотерапия, включая эрготерапию, находится на границе пересечения этих областей, несмотря на то, что трудотерапевты и эрготерапевты работают, в большей степени, в медицинской среде, чем в образовательной. Трудотерапия представляет собой область вмешательства с многочисленными техническими/методологическими аспектами. Также, в процессе эволюции трудотерапии, были созданы техники и средства оценивания и вмешательства, сфокусированные на помощи клиентам в решении частных проблем. Эти проблемы состоят в трудностях и препятствиях, которые люди встречают в своей повседневной деятельности. Они являются следствием серьезных проблем со здоровьем, причиной которых являются различные болезни, несчастные случаи или увечья.

Особое место в этом пособии отводится эрготерапии. Проблемы, которые поддаются лечению, в эрготерапии являются различными и многочисленными. Решения проблем, которые эрготерапевты предлагают своим клиентам, в большей мере носят практический характер. Речь идёт о значительном числе мероприятий, которые клиенты выполняют вместе с эрготерапевтом с целью улучшения навыков, необходимых для повседневной жизни. Терапевтические мероприятия проводятся на протяжении определённого числа лечебных сеансов. Применение методов терапии требует знания многих специализированных методов лечения.

Пособие синтезирует научные мнения в данной области, что позволяет предлагать идеи, а не только технологии. Это объясняется тем, что трудотерапия, в общем, и эрготерапия в частности, фокусируется на специфических убеждениях и ценностях касательно личности, её деятельности и здоровья. **Цель программы/курса:** обеспечение профессиональной подготовки

для предоставления услуг трудотерапии в рамках интегрированных медицинских, социальных и медико-социальных услуг.

**Задачи:**

- Аналитическое, описательное и сравнительное представление сущности трудотерапии
- Ознакомление с основными направлениями трудотерапии
- Ознакомление со специфическими особенностями различных видов/типов трудотерапии
- Усвоение системы идентификации – восстановления – адаптации – повторной социальной интеграции других категорий людей.
- Установление целей, методов и средств трудотерапии.
- Ознакомление студентов/участников с программами повторной социальной интеграции различных категорий бенефициаров при помощи методов трудотерапии
- Развитие профессиональных навыков в администрации трудотерапии
- Развитие организационных навыков медико-социальных и социальных услуг в практике трудотерапии



## Тема 1. Трудотерапия и её научные толкования

1.1 Трудотерапия: концептуальные ограничения, фундаментальные направления и функции

1.2 Историческая эволюция трудотерапии

### Задачи:

- Знать сущность трудотерапии
- Развить способность определять ситуации, которые требуют вмешательства трудотерапевта
- Понимать и объяснять базовые направления в деятельности трудотерапевтов и их функции
- Рассмотреть эволюцию трудотерапии

**Ключевые понятия:** занятие, терапия, трудотерапия, фундаментальный приоритет трудотерапии, сферы деятельности в трудотерапии, задачи трудотерапии

## 1.1 Трудотерапия: концептуальные ограничения, направления и основные функции

В основе трудотерапии лежит концепция, согласно которой *добровольная деятельность* или, *занятость*, со своими межличностными отношениями и обстановкой, может эффективно использоваться для предотвращения появления и улучшения нарушений в человеческом организме, способствуя росту уровня адаптации личности в обществе.

Таким образом, можно сказать, что трудотерапия, в первую очередь, занимается обеспечением здоровья и нормализацией функционирования человека в его окружающей среде. В связи с этим Маузи выдвинул идею, согласно которой, трудотерапия, прежде всего, занимается «оказывает помощь личности в развитии привычек и навыков посредством выученных моделей поведения, что позволяет им удовлетворить личные потребности и соответствовать запросам среды».

Эта наука учитывает специфику каждого человека в отдельности и развивает способности удовлетворять личные потребности и соответствовать запросам окружающей среды.

Находясь в поисках наиболее содержательного определения предмета изучения трудотерапии, необходимо, прежде всего, остановиться на дефиниции, предложенной *«Американской Ассоциацией Трудотерапии»* в 1968 году. Согласно их определению *«трудотерапия это искусство и наука управлять тем, как человек отвечает на определённый вид деятельности, направленный на пропаганду и поддержку здоровья, препятствие развитию недугов, оценку поведения и лечение или подготовку пациента с физическими или социальными нарушениями»*. (14)

Все последующие дефиниции придерживаются этой же линии, различия между ними заключаются в том, что разные определения выделяют важность того или иного объекта, в том, что касается определения предмета изучения данной дисциплины. Поэтому в мировой практике широко распространено другое определение: *«Трудотерапия это искусство и наука управлять участием человека при выполнении определённых заданий с целью вернуть, поддержать и повысить его способности, облегчить изучение необходимых навыков и функций для адаптации и продуктивности, а также искоренить или исправить патологические аспекты и пропаганда здоровья»* (Council on Standard Aids, Ajob, 1972).

Общий элемент всех дефиниций, данных различными авторами, основывается на понятии деятельности или занятости.

«Любой вид деятельности располагает индивидуальной мотивационной базой, структурой (организация посредством самоорганизации) и целью, задачей или планом, в соответствии с которыми он регулируется. Деятельность предполагает соединение или иерархическую систему действий, которые, в свою очередь, состоят из операций. Определяющей чертой деятельности является трансформация материальных объектов и/или информации и информационных ансамблей» (11)

В рамках трудотерапии акцентируются характеристики личности в его отношении с обществом и миром, в котором он живёт.

Знания, которыми оперирует данная наука, основываются на информации из области анатомии, физиологии, педагогики, психологии, социологии, антропологии и, в общем, знаниями, полученными в большинстве наук, которые изучают поведение человека. Таким образом, трудотерапия, поскольку она представляет собой *информационный синтез* знаний, полученных из разных отдельных наук, является междисциплинарной наукой.

На данную науку большое влияние оказали исследования Кларка (3), который в своей работе *„Развитие посредством практической деятельности“*, продемонстрировал, что анализ деятельности и индивидуальная адаптация являются жизненно-важными процессами, которые определяют зарождение трудотерапии.

Целостное рассмотрение человека, который воспринимается как социальное существо, как сложное биологическое, психологическое и социальное единство, определило методологические требования для единого включения разных форм терапии биологического, химиотерапевтического и психотерапевтического аспектов.

Если принимать во внимание, что суть каждого терапевтического подхода состоит в том, чтобы вернуть больному человеку физическое и психическое здоровье и нормальное психосоциальное состояние, мы поймём, почему комплексные терапевтические методы не приемлемы без социальной терапии, куда как отдельные элементы, входят трудотерапия и эрготерапия. Только посредством их комплексной и взаимодополняющей деятельности осуществляется необходимый путь от физического и биологического выздоровления до социальной и профессиональной интеграции человека. Таким образом, **трудотерапия и эрготерапия являются двумя методами не медикаментозного лечения, которые играют важную роль в социальной и профессиональной реабилитации и восстановлении людей с функциональными расстройствами.**

Термин трудотерапия состоит из двух слов:

**Труд/занятие** – представляет идею деятельности, в которую человек вовлечён, нанят и, в которой он эффективно и мотивированно участвует;

- **терапия** – означает лечение болезни, расстройства или нарушения.

Трудотерапия это искусство и наука о направлении больного человека или человека с ограниченными возможностями к участию в определённых видах деятельности, для того обрести или улучшить способности, а также, чтобы облегчить приобретение навыков и функции, необходимых для адаптации и продуктивной деятельности. Также она занимается вопросами снижения или исправления патологии, для улучшения состояния здоровья.

Основным приоритетом трудотерапии является поддержание и развитие способностей человека, предоставление ему возможности реализоваться и приносить пользу окружающим в разных видах деятельности, научиться самоконтролю и ориентации в окружающей среде.

**Задачи трудотерапии** состоят в программе, конечными целями которой являются: *рост уверенности в себе, рост независимости в деятельности пациента, возвращение в семейное, социальное и профессиональное окружение, т.е. предложить клиенту условия психосоциальной нормальности.*

Среди базовых требований программ трудотерапии можно упомянуть следующие:

1. необходимость обеспечить активную программу, чтобы полностью занять время бенефициара;
2. включение в программу деятельности некоторых элементов социотерапии, создавая, таким образом, гармоничный ансамбль оздоровительных видов деятельности с похожим содержанием трудовых заданий, как например трудотерапия, терапия искусством и т. д.

Поскольку эти мероприятия разворачиваются в группе, это способствует расширению межличностных и деятельных отношений в группе, что является недостающим звеном для того, чтобы развить у бенефициара равновесие, чувство независимости и свободы действия, инициативность. Это предполагает уравнивание соотношения пациент-терапевт, которое иногда носит авторитарный характерный и увеличение роли группы.

Некоторые современные авторы пытаются дать более аналитическую классификацию сферы деятельности трудотерапии, способствуя искоренению путаницы и неясностей, которые характерны для науки, находящейся в процессе становления и, в тоже время, предлагая руководство к действию для специалистов.

В их ряду выделяется Пеги Л. Дентон, которая в своей последней работе предлагает детальную классификацию основных сфер деятельности трудотерапии. По мнению автора, деятельность трудотерапевта включает в себе следующие базовые направления (6):

- стимуляция ответственности в различных жизненных ситуациях;
- формирование навыков по уходу за собой и личной гигиены;
- развитие навыков труда;
- организация игр и развлечений;
- формирование представления о себе и укрепление веры в себя;
- развитие самоконтроля и самовыражения;
- формирование когнитивных возможностей;
- формирование реакций на различные жизненные ситуации;
- тренировка нейромускулярных функций;
- тренировка сенсорных функций;
- поддержка межличностных отношений;
- обучение способностей действовать, в зависимости от условий и ресурсов окружающей среды.

Обобщая вышеописанные элементы, можно отметить, что **трудотерапия включает в себя три большие сферы**, которые включают и другие подразделы, и именно:

- **формирование навыков повседневной жизни;**
- **развитие способностей и навыков труда;**
- **развитие навыков для различных игр и проведения свободного времени.**

Для того чтобы достичь оптимального функционального уровня в данной области, необходимо обучать субъектов так, чтобы они получали высокие результаты в том, что касается структуры личности, и именно: моторики, когнитивной и социальной сущности личности.

Дефекты, спровоцированные различными болезнями, расстройствами или задержками в развитии требуют вмешательства с использованием методов трудотерапии для того, чтобы максимально восстановить уровень функциональности личности.

Углубляя объяснительную парадигму, предложенную Кларком (3), в современных теориях трудотерапии, выявляется факт, что процесс адаптации посредством добровольного вовлечения в определённые виды деятельности (занятости) является неотделимым от процесса человеческого развития. Это происходит, потому что, как и занятие, которое рассматривается как добровольный

практический вид деятельности, так и развитие человека, которое включает в себя процесс адаптации личности, представляют собой общие элементы для практики специалистов в данной области, не зависимо от вида учреждения, в котором разворачивается их деятельность.

В связи с ограничением научных ветвей, которые входят трудотерапию, а также определением различий между ними, велись многочисленные дискуссии.

Эмиль Верза доказывает, что «виды трудотерапии бывают разнообразными, но для инвалидов самыми значительными являются терапия игрой, терапия музыкой и танцами, а также эрготерапия» (21).

Эл. Попеску утверждает, что «трудотерапия включает в себя терапию искусством, игрой, мелотерапию, библиотерапию, развлекательную терапию, лечебную физкультуру, лёгкие занятия, такие как терапия посредством работы с глиной (различные методы работы с глиной), вышивание и т.д., которые требуют воображения, чувства прекрасного, а также экономия (второстепенно)» (14).

Этот автор отделяет трудотерапию от других видов труда, выполняемых людьми. Он определяет трудотерапию как «терапию посредством оплачиваемого и застрахованного труда, насколько это возможно, на основе самофинансирования» (14).

Исходя из дидактической точки зрения, необходимо упомянуть перечисленные автором сферы деятельности, которые выделяются в трудотерапии. Тем не менее, нужно упомянуть, что оплачиваемый труд возможен в больницах, а в учебных заведениях, оправданным считается название эрготерапией труда, выполняемого школьниками, даже, если они не компенсируются материально. Таким образом, даже в учебных заведениях, несмотря на отсутствие материальной заинтересованности учащихся, проводится трудотерапия, которую на уровне профессиональных школ необходимо организовать в материально-компенсируемую систему, для лучшей подготовки ученика для дальнейшей профессиональной интеграции.

Все области, которые составляют трудотерапию и, которые, в свою очередь, включают специфические методы и процедуры, в целом, способствуют достижению общих целей, таких как выздоровление, профессиональная адаптация и интеграция больных людей и инвалидов.

Степень важности определённых областей трудотерапии может быть разной, в зависимости от процесса выздоровления, задач, поставленных терапевтами и характеристик субъектов.

**Функции трудотерапии.** Трудотерапевт, в основном, занят следующими фундаментальными аспектами:

- субъект вновь обретает полностью или частично утерянную способность;
- способствует развитию новых навыков, направленных на то, чтобы компенсировать утраченные по каким-либо причинам способности.

В прошлом трудотерапевты занимались людьми с психическими недостатками.

В настоящее время, гамма субъектов, обслуживаемая трудотерапевтам, значительно увеличилась и стала разнообразней. Поэтому мероприятия трудотерапии в настоящий момент предназначены для умственно-отсталых людей, людей с затруднениями в учёбе, с нарушениями слуха и зрения, а также для психически больных.

В развитых странах лишь небольшое число людей, которые столкнулись с проблемами физического, психического или эмоционального плана, не воспользовались лечением или вмешательством в рамках трудотерапии. Постепенно, наша страна начала перенимать этот опыт.

В заключении можно сказать, что «трудотерапия предоставляет услуги тем, чьи способности выполнять ежедневные операции находятся под срывом из-за нарушений в развитии, физических недостатков, болезней или трудностей психологического или социального плана» (Council on Standards -1972).

## **1.2. Историческая эволюция трудотерапии.**

История этой науки насчитывает тысячи лет и её часто смешивают с историей других видов деятельности, включающих терапевтические аспекты. Таким образом, труд, в большей части, физические упражнения и игра, широко применялся ещё несколько тысяч лет назад благодаря своим лечебным свойствам.

Например, ещё в 2600 году до н.э. китайцы считали, что все болезни возникают из-за нетрудоспособности организма и рекомендовали практиковать физические упражнения для улучшения здоровья. Они использовали физические упражнения лечебной гимнастики, называемые Кун-фу, которые продлевали жизнь и, в то же время, делали душу бессмертной.

Позднее, в Древней Греции, польза физических упражнений была убедительно проиллюстрирована Сократом и Платоном. Эти древние философы

говорили о тесной связи между физическим и психическим здоровьем. Аристотель, в свою очередь, утверждал, что тренировке тела должна предшествовать тренировка мышления. В общем, физические упражнения использовались в соотношении с социальным и культурным аспектами, а спартанцы практиковали их для военной подготовки.

Такие медики, как Гиппократ и Галенус, рекомендовали своим пациентам гимнастику, как одну из форм реабилитации после болезни. Также, в Древнем Риме, Асклепиус говорил о пользе массажа, ванн и упражнений для улучшения здоровья.

Игра, другой важный добровольный вид деятельности, представляет собой занятие примитивных народов, что подтверждается рисунками и скульптурами вавилонян, китайцев, египтян и других народностей. Например, наскальные рисунки египтян иллюстрируют сцены праздничных танцев и игр, в которых участвуют дети и взрослые.

Греки и египтяне, в период до нашей эры, описывая проведение свободного времени, говорили об игре, как о способе лечения болезни.

Аурелиус рекомендует разнообразную программу для периода выздоровления, которая включает прогулки, чтение, метание диска, актёрскую игру, и даже морские путешествия. Всё это помогает и ускоряет выздоровление больных.

Можно отметить, что данный учёный уже в то время предвидел основные сферы деятельности и разделы этой науки, а именно трудотерапия, эрготерапия и проведение свободного времени.

В Средние Века игры запрещались церковью, которая предписывала им демонический характер, но позже, в Эпоху Возрождения, их целебные свойства были пересмотрены.

Что касается труда и его значимости, необходимо вспомнить, что, например, в Древнем Египте, даже дворяне занимались продуктивной деятельностью, как например садоводство, а древние греки высоко ценили важность труда для гармоничного физического развития. Сократ говорил, что «человек должен трудиться, а не погружаться в баловство и удовольствия, поскольку они не приносят пользу физическому телосложению и багажу знаний» (23).

Намного позже, в 18-19 веках, Пинель назвал лечение посредством труда (позже получившего название эрготерапии), как первое практическое применение трудотерапии. Метод, который он применял в лечебнице для психически больных Биситре, позже был описан в книге, опубликованной в 1801 году как комбинация «предписанных физических упражнений и ручной работы» (13).



В этой работе французский учёный высказывает мнение о том, что возвращение пациентов к профессиям, которыми они занимались до болезни, является высшим показателем их выздоровления.

В Германии, Кристиан Рейл, рекомендовал лечение психически больных посредством применения труда, совместно с артистическими номерами.

Позже, английский учёный Сэмюэль Тьюк, в лечебнице для психически больных из Йорка, продолжил деятельность своих предшественников Пинеля и Рэйла, признавая за эрготерапией ведущую роль в лечении больных, поддающихся выздоровлению.

В 1840 году появляется книга Ф. Лорета (23) озаглавленная «О моральном лечении психических болезней», в которой он рассматривает положительные стороны трудотерапии под разными углами, считая, что «упражнения, театр, музыка и чтение – это сёстры труда», чьё воздействие благотворно влияет на пациента.

В США Томас Стори Керкбрайд (23) в больнице Пенсильвании разработал программу лечения пациентов на основании некоторых процедур, характерных трудотерапии, которые предполагали применение ремёсел, ведение хозяйства в больнице, развлекательные мероприятия.

В общем, в 18-19 веках, медики, особенно те, которые работали в области психиатрии, применяли в своей деятельности методы и приёмы, характерные трудотерапии, направленные на лечение различных категорий психически больных.

Очень немногие учёные изучали и применяли на практике лечение больных методами, специфичными данной дисциплине.

Начиная с 21 века, трудотерапия начинает поразительно быстро развиваться благодаря прогрессам, достигнутым в области познания человека, и становится четко очерченной наукой, со специфичными теориями, задачами, методами и приёмами.

На процесс становления трудотерапии как отдельной науки сильно повлияли специалисты из США и Западной Европы.

В США, основателями этой науки считаются А. Майер, Е. Трейси, Х. Ж. Хейли, В. Р. Дантон, Е. К. Слэга и Г. Е. Бартон.

А. Майер утверждает, что «проведение времени соответствующим образом, выполнение заданий полезных для пациента являются фундаментальным аспектом нейропсихологического лечения» (23).

С.Е. Трейси, в своём учебнике, «Изучение занятий людей с ограниченными возможностями», описывает методы некоторых видов деятельности для улучшения различных болезней. Эти методы применимы в различных ситуациях при реализации терапевтического процесса (дома, в больнице и т.д.) (23).

Х.Ж. Хейли в своей работе «Работа нашими руками» пишет, что «комбинация умственной и трудовой деятельности является очень сильным фактором для поддержания физического, психического и морального здоровья, как для индивида, так и для сообщества». (8) Автор делит всю деятельность на две категории:

- Занятия для развлечения и увеселения;
- Восстанавливающие занятия, с терапевтической и экономической значимостью.

В. Р. Дантон более детально и углублённо рассматривает понятие практической деятельности в трудотерапии. Её главной целью автор называл «вести внимание пациентов от неприятных аспектов и обратить их внимание на здоровый образ жизни, контроль их внимания, возобновление умственной деятельности посредством использования рук, глаз, мышц и, возможно, подготовка к новой профессии. (23).

Е. К. Слэгл организовал в Чикаго курс трудотерапии для больничного персонала, в рамках которого участники изучали различные игры, ремёсла и способы развития способностей пациентов с которыми они работали. Эти методы обучения пациентов напоминали то, как в школе учителя учат детей использовать руки и мышление одновременно. (23).

Г. Е. Бартон отказывается от различной терминологии, под которой понимали практическую деятельность и, впервые, в 1914 году вводит понятие трудотерапии. Он определяет трудотерапию следующим образом: «наука об обучении и убеждении больного человека практиковать определённые виды деятельности, направленные на стимуляцию той энергии, которая оказывает благотворные терапевтические эффекты». (23).

Момент становления трудотерапии как отдельной профессии связан с периодом окончания первой мировой войны. Тогда выяснилось, что раненые, госпитализированные в американские больницы, которые участвовали в различных мероприятиях, выздоравливали намного быстрее, чем те, которые оставались бездеятельными. Также, на примере многочисленных положительных случаев было доказано, что деятельность ускоряет физическую и психическую реабилитацию травмированного человеческого организма.

Необходимость организовать специалистов, заинтересованных в предоставлении в качестве лечения разнообразных практических видов деятельности,

определило создание в 1917 году «Национального Сообщества по Продвижению Трудотерапии».

Задачи, оговоренные в уставе этой организации, прежде всего, преследовали:

- развитие практических видов деятельности, как терапевтических мер;
- изучение влияния практических видов деятельности на человеческий организм;
- популяризацию научных знаний об этой дисциплине;

В 1923 эта организация трансформировалась в «Американскую Ассоциацию Трудотерапии», это название она носит и сегодня. Созданная организация разработала свод правил и принципов, а также общее определение трудотерапии. Согласно принятой дефиниции трудотерапия это **«метод лечения посредством обучения и вовлечения пациентов в продуктивную деятельность»**. Эта дефиниция используется большинством организаций, которые специализируются в предоставлении услуг трудотерапии.

После первой мировой войны огромный вклад в методологическую классификацию фундаментальных принципов трудотерапии внёс БЁРД БОЛДУИН. Американский специалист доказал, что самый эффективный вид оздоровительных упражнений в трудотерапии это тот, который требует серии добровольных специфических движений, которые характерны при обычной работе, при физической подготовке, игре и ежедневной деятельности.

Также, говоря о медицинских прогрессах в период между первой и второй мировыми войнами, необходимо отметить ценный вклад Клэр С. Спекмэн (23). В своей работе, посвящённой базовым функциям трудотерапии, она доказывает, что они заключаются в лечении пациента в ситуациях приближенных к проживанию дома или деятельности на рабочем месте.

Другой важный момент в развитии этой науки на мировой арене произошел в 1952 году. Тогда была создана «Всемирная Федерация Трудотерапии». Первоначально её основателями были специалисты из 10 стран, среди которых США, Канада, Великобритания, ЮАР, Швеция, Австрия, Новая Зеландия и Индия. Встреча по поводу создания Федерации проводилась в Ливерпуле. Здесь же был разработан устав организации.

Первый конгресс Федерации состоялся в 1954 году в Эдинбурге. На этой встрече участвовали 400 представителей из 10 вышеупомянутых стран-учредителей.

Это научное событие особенной важности дало толчок для развития данной дисциплины посредством тесного международного сотрудничества между специалистами, работающими в данной области. В 1959 году Федерация присоединилась к Всемирной Организации Здравоохранения.

В последующие годы благодаря прогрессам в области медицины, трудотерапия всё больше и больше трансформируется в точную науку.

Услуги трудотерапии, предоставляемые в больницах стали разнообразнее и приобрели огромную значимость. Их стали применять не только к физическим инвалидам, но и другим категориям больных, а также пациентам с психическими и соматическими расстройствами. Для них особый упор делается на профессиональное и социальное оздоровление и на нахождение адекватных способов проведения свободного времени.

В наши дни профессия трудотерапевта значительно эволюционировала, благодаря использованию сложных техник и современного оборудования. В настоящее время особенно широкое распространение получила исследовательская деятельность относительно открытия и применения новых методов и способов лечения.

В заключении можно отметить, что эволюция понятий, связанных с трудотерапией претерпела значительные изменения в процессе исторического развития общества. Из всех изменений можно выделить 5 общих элементов, которые сохранили свою актуальность, имплицитно или эксплицитно, в большинстве рассматриваемых теорий. Согласно Уилларду и Сэкман, они являются следующими(23):

- применение деятельности или добровольного труда может влиять на здоровье человека;
- у людей есть способности к адаптации и нормальному функционированию, поэтому они должны рассматриваться в соотношении со средой, в которой они живут, а терапевтическая помощь для них должна учитывать социальные, психологические и физические факторы;
- межличностные отношения являются важным фактором процесса трудотерапии;
- мероприятия трудотерапии являются поддержкой для других видов оздоровительной деятельности и должны проводиться в сотрудничестве с другими специалистами, в междисциплинарных командах для достижения максимального эффекта комплексной терапевтической программы.

Уделяя особое внимание качественному улучшению человеческого существования, ещё с самых древних времён и до настоящего времени трудотерапия остаётся «наукой» и «искусством» полностью вовлечённой в оздоровление и адаптацию людей, которые испытывают трудности в обществе, в котором они живут.

### Вопросы для повторения по Теме 1:



1. Проанализируйте научные интерпретации трудотерапии.
2. Опишите различия/противоречия в понимании и объяснении трудотерапии и эрготерапии.
3. Аргументируйте важность участия профессионального эрготерапевта в преодолении рисков и удовлетворении потребностей личности.
4. Подумайте о человеке с проблемами в области психического здоровья и объясните, какие основные его потребности не были удовлетворены. Оговорите возможности привлечения профессионального трудотерапевта для удовлетворения основных потребностей данного человека.

### Индивидуальное изучение:

1. Выявите ошибки, которые могут возникнуть в процессе объяснения сути.
2. Проведите изучения случая, который отражает основные направления в деятельности трудотерапевта и в функциях, которые он выполняет.
3. Аргументируйте эффективность трудотерапии в практике медицинской, психологической и социальной помощи,

## Тема 2. Трудотерапия и её научные трактовки

- 2.1. Философские основы практики трудотерапии
- 2.2. Профессиональные качества трудотерапевтов
- 2.3. Виды деятельности трудового характера

### Задачи:

- Понимать и разграничивать понятия: болезнь, дефицит, неполноценность, нетрудоспособность, физический недостаток человека;
- Знать основные ценности и навыки трудотерапевта;
- Объяснить суть деятельности трудового характера.

**Ключевые слова:** ценности трудотерапии, болезнь, дефицит, нетрудоспособность, физический недостаток человека, базовые знания трудотерапевта, труд, игра, ежедневная деятельность

## **2.1. Философские основы практики трудотерапии**

Понимание философских основ той или иной профессии является очень важным, поскольку она представляет собой систему ценностей, правд и принципов, которые направляют действия тех, кто практикует данную профессию и помогают в определении характера и сути болезни. При изучении общей философии и философских основ болезни, в частности, необходимо обратить внимание на следующие компоненты:

- 1) метафизические компоненты, которые относятся к характеру человека;
- 2) эпистемологические компоненты, которые критически исследуют характер, состав и значимости человеческих знаний.

*В рамках этих компонентов можно поднять вопрос о том, как мы понимаем то, что знаем.*

- 3) Аксиологические компоненты, которые относятся к изучению системы ценностей, в рамках которых мы задаём вопрос «что есть прекрасное и что есть уродливое». В состав аксиологических компонентов входит этика, которая относится к стандартам и правилам корректного поведения.

В основе философии трудотерапии лежит теория, которая полагает, что человек это активное существо и на его развитие оказывают влияние практические виды деятельности, в которые он вовлечён. Вид деятельности определяется мотивацией, на которую влияют физические и психические характеристики личности, её социальное окружение. Жизнь человека представляет собой продолжительный процесс адаптации, который заключается в выживании и самосовершенствовании

Биологические и психологические факторы, а также факторы окружающей среды могут в любой момент прервать процесс адаптации, обнаруживая нетрудоспособность и дефекты в способностях социальной и профессиональной интеграции личности.

Трудотерапия основывается на идее, что практическая деятельность, которая включает в свой состав и отношения с окружающей средой и межличностные отношения, может использоваться для предупреждения или лечения этих дисфункций, способствуя максимальной адаптации. Большая часть системы медицинской помощи получила развитие благодаря тщательному изучению личности. Здесь человеческое существо рассматривалось как совокупность функциональных частей.

Это изучение стало полезным при производстве медикаментов необходимых различным специалистам и для развития терминологического аппарата. В последнее время в медицине появились тенденции рассматривать человека во всей его совокупности (в ансамбле), полагая, что человек является единым целым, взаимодействием физических, психических и социально-культурных элементов, а также элементов окружающей среды, из которых каждый элемент или подсистема активно участвует в гармоничном развитии личности

Исходя из данных соображений, в основе трудотерапии лежит идея, что занятость является решающим элементом в существовании человека. С точки зрения трудотерапии, занятость относится и к повседневной деятельности людей.

Человеческая занятость была классифицирована теоретиками трудотерапии на многочисленные уровни, которые включают: заботу о себе, труд, игру и досуг. Таким образом, человек может выполнять задания, связанные с собственной персоной, рабочим местом, заботой о себе. Также, к видам деятельности относятся занятия, которые человек считает приятными или расслабляющими. Для того чтобы понять область трудотерапии, необходимо обратиться к другой модели, отличной от медицинской. Эта модель предполагает, что только посредством деятельности, посредством активного взаимодействия с окружающей средой человек становится тем, кем он является.

Существуют 2 важные предпосылки, которые стоят в основе модели трудотерапии:

- Люди представляют собой открытые системы, которые подвергаются влиянию и оказывают влияние на окружающую среду;
- Мышление и тело тесно связаны и их нельзя рассматривать как отдельные единицы.

Исходя из этих двух условий, модель человеческой деятельности обеспечивает структуру для понимания взаимодействия человека с окружающей средой посредством деятельности и занятости.

#### **Сферы деятельности:**

- Выполнение любой операции предполагает сенсорное, когнитивное и аффективное вмешательство;
- Психологические сферы, которые включают необходимость полного развития человека, для собственных навыков и для самопознания;
- Социально-культурные сферы и символика акта;
- Духовная сфера, связанная со значимостью деятельности человека;
- Временные сферы деятельности, которые относятся к времени или периоду времени, необходимому для оздоровления.

Трудотерапия, будучи деятельностью с хорошо-очерченной целью, а именно, вовлечение человека в занятость, предполагает взаимодействие между сенсорными, моторными и психосоциальными системами человека.

В трудотерапии практическая деятельность используется для развития способностей к адаптации. При её помощи человек зарабатывает авторитет в окружающей среде, что способствует развитию чувства соперничества. Через соперничество возрастает способность противостоять проблемам, выполнять социальные роли посредством прямого контакта с человеческим фактором и окружающей средой.

Посредством взаимодействия с этими факторами человек может определить не только собственный потенциал и свои пределы, а также людей из



окружения в котором он живёт. Трудотерапевты используют практическую деятельность как метод помочь клиенту выучить новые виды деятельности, вернуть утраченную способность, компенсировать нетрудоспособность и предупредить дисфункцию.

Цели трудотерапии заключаются в обучении и развитии индивидуальной независимости, помощи клиентам вновь обрести способность к независимому функционированию, требуя как можно меньше помощи со стороны других.

Трудотерапия направлена на развитие уровня жизни каждого человека, чьи функциональные возможности ограничены. Эта цель может быть достигнута при помощи более высокой степени независимости в каждой области, связанной с трудовой деятельностью. Трудотерапия помогает клиенту улучшить координацию тела для всех видов деятельности, обеспечивая чувство физического комфорта, развивает коммуникабельность.

Правила корректного поведения трудотерапевта отталкиваются от гуманистической концепции, что к человеку нужно относиться как к индивидуальности, как к личности, а не как к объекту. Через призму этих гуманистических концепций базовые принципы знания трудотерапевта основываются на следующих концепциях:

1. **альтруизм** – в этом случае означает неэгоистичную заботу во благо других, которая демонстрируется через преданность трудотерапевта своей профессии, ее понимание, а также ответственность.
2. **равенство** – означает равное, беспристрастное отношение ко всем клиентам, уважение веры, ценностей и стиля жизни каждого клиента в процессе ежедневного взаимодействия с трудотерапевтом.
3. **свобода** - относится к праву пациента выбирать из того, что ему предлагает трудотерапия, проявлять независимость и инициативу. Свобода заключается в том, что практик трудотерапии направляет клиентов, поддерживает их и вселяет надежду, предоставляя им возможность развивать свой потенциал. Направление и поддержка со стороны трудотерапевта должны быть более частыми, чем контроль и управление.
4. **объективность** - заключается в том, что трудотерапевт подчиняется законам, которые оговаривают его деятельность и права пациентов.
5. **достоинство** – которое нужно уважать и которое состоит в выделении индивидуальности каждого человека и проявляется через эмпатию (понимание настроений и чувств другого человека) и уважение каждого клиента независимо от его недостатка.
6. **честность** – это ценность, которая демонстрируется через ответственное, честное и корректное поведение и профессионализм.
7. **рассудительность** - способность находить правильные аргументы при назначении трудотерапии, забота о клиенте и осторожность.

***В процессе вмешательства трудотерапевт должен принимать во внимание болезнь, дефицит, нетрудоспособность или физический недостаток личности:***

- **Болезнь** представляет собой ансамбль патологических проявлений на различных уровнях человеческого организма, определённых разными причинами и проявлениями, которые ведут к изменениям в здоровье. Здоровье понимается как органическое, психическое и социальное равновесие. Болезнь означает изменение состояния здоровья из-за внутренних изменений по причине инфекций, метаболических изменений, дефицитов или из-за внешних факторов: травмы, психологические факторы, стрессы, сильные эмоции. Из-за болезни происходят отклонения от нормального функционирования организма с прямыми биологическими последствиями, такими как температура, боль, а также косвенными факторами, например, социальными, которые проявляются в виде личного дискомфорта или негативного влияния на состояние здоровья пациента. Поэтому отношения терапевт-пациент предполагают восприятие больного как личности в контексте их отношений, что делает необходимым помимо биологического лечения, применение психосоциальной реабилитации.

При хронических заболеваниях элемент нарушения социальных и семейных отношений иногда ведёт к подавлению личности, спровоцированное социальной изоляцией, например, длительная госпитализация или изменение рабочего ритма из-за долгого пребывания на больничном, изменение внутрисемейных отношений из-за зависимости от различных медицинских препаратов и процедур, из-за изменения жизненного ритма. Поэтому, наряду с биологической, хирургической, психической терапией, трудотерапия может реализовываться в группах больных межличностные отношения, характеризующиеся эффективным общением между терапевтом и пациентом и в рамках групп, которые могут мобилизовать ресурсы человека и поддержать его в желании вылечиться.

В психических болезнях, которые затрагивают человеческую личность во всей её биологической, психологической, аксиологической и социальной сложности, вмешательство трудотерапевта играет значительную роль.

При психических заболеваниях свобода пациента является значительно ниже, чем при его предыдущем существовании. Таким образом, трудотерапевтическое вмешательство в таких случаях является очень важным для роста независимости и способности общения личности.

- **Дефект** в широком смысле этого термина понимается как последствия, которые выявляют каждый сенсорный, моторный и интеллектуальный дефицит, возникший после церебрального, психического или аффективного поражения. Врождённый или приобретённый дефицит может быть постоянным или проходящим; может проявляться на уровне всей личности или на уровне её различных подсистем (сенсорная, моторная, когнитивная или аффективная). В психических болезнях дефицит это понятие, которое в большей степени относится к интеллектуальным функциям и может быть количественно измерен при помощи специальных психологических тестов, которые определяют психическую

недоразвитость при олигофрении, задержке в интеллектуальном развитии, при когнитивных и амнезических дефицитах или расстройствах внимания.

- **Нетрудоспособность** представляет собой кратковременную или длительную неспособность инструментально-моторных, сенсорных, адаптивных или совокупность множества функций, которые негативно влияют на жизнь человека в нормальных условиях и которые он может заменить или компенсировать.

- Более ярко-выраженная неспособность, которая не может быть компенсирована это **физический недостаток**. Целью трудотерапии является исправить последствия болезни, которые были вызваны нетрудоспособностью или физическим недостатком, развить адаптивные навыки для того, чтобы человек с определённой степенью нетрудоспособности мог бы максимально использовать свой потенциал для оздоровления, как в семейном, так и в профессиональном аспекте через выполнение заданий, максимально доступных для его уровня.

Методы трудотерапии в оздоровительных целях могут использоваться на начальной стадии болезни в кардиологии, ревматологии, ортопедии, психиатрии для того, чтобы сохранить существующие функции. Это поможет людям с различными степенями неспособности более эффективно использовать свой потенциал в социальном контексте.

## **2.2 Профессиональные навыки трудотерапевтов**

В настоящее время вводятся новые стандарты относительно систематической подготовки специалистов, которые предоставляют услуги трудотерапии, начиная с того, кому эти услуги предназначены (от детей до людей в возрасте) и где они предоставляются (больницы, школы, дневные центры, дома престарелых).

В большинстве развитых странах были созданы колледжи, которые в течение трёх лет подготавливали специалистов в области трудотерапии. Более того, в некоторых странах есть университетские отделения, аспирантура и докторантура в этой области.

В нашей стране трудотерапия только начала развиваться, но, тем не менее, уже были достигнуты определённые прогрессы. Это стало возможным благодаря некоторым неправительственным организациям и специалистам в лечении больных с локомоторными и/или психическими расстройствами.

Также трудотерапия стремится быть включённой в учебные планы для подготовки учителей начальных классов, социальных и медицинских работников, психологов и терапевтов. Эта необходимость продиктована отсутствием квалифицированных специалистов в этой сфере деятельности.

Рабочими местами вышеупомянутых специалистов являются больницы, специализированные клиники, дневные центры, оздоровительные центры, программы помощи на дому, специальные школы, частные предприятия, центры типа „respiro” и т.д. Также они могут работать в частных кабинетах в качестве терапевтов, воспитателей и консультантов. Клиенты активно вовлечены в терапевтический процесс, а результаты трудотерапии очень разнообразны, они ориентированы на клиента и могут быть оценены в процессе участия в сеансах трудотерапии.

Поэтому, специалисты, предоставляющие услуги трудотерапии должны обладать набором знаний, навыков и способностей, которые соответствуют актуальным требованиям в данной области, а именно:

- Теоретические знания в области трудотерапии;
- Процесс трудотерапии и профессиональная мотивация;
- Профессиональные и партнёрские отношения;
- Профессиональная автономия;
- Исследование и развитие науки о трудотерапии;
- Менеджмент и продвижение трудотерапии.

Далее мы более детально обсудим навыки трудотерапевта, сконцентрированные на качестве услуг трудотерапии:

#### **А. Теоретические знания в трудотерапии**

Трудотерапевт **должен уметь:**

- Объяснить теоретические концепции, которые лежат в основе трудотерапии, и именно, сущность человека, связанная с деятельностью, её трудовые навыки;
- Различать трудотерапию и эрготерапию, быть способным объяснять сферы занятости, такие как уход за собой, производительность, игра и досуг;
- Объяснить отношения между дисфункцией занятости, способностями, здоровьем и благополучием;
- Определять функции организмов и факторы окружающей среды, которые способствуют росту трудовых способностей;
- Интегрировать и применять релевантные знания из биологических и медицинских учений, гуманистических, психологических и социальных наук;
- Интегрировать и применять релевантные теории по занятости и науки, связанные с ними;
- Синтезировать знания, полученные из данных наук, собственной деятельности и участия;

- Поддерживать и влиять на мнения других относительно лечения трудотерапией;

### **Б. Процесс трудотерапии и профессиональная мотивация**

Трудотерапевт **должен уметь**:

- Позволять людям/ группам/ организациям/ сообществам участвовать в определённых видах деятельности посредством пропаганды здоровья, реабилитации, профилактики, лечения и тренировки/подготовки.
- Выбирать, модифицировать и применять подходящие теории, практики и методы для удовлетворения потребностей занятости и здоровья человека/ группы/ организаций/ сообществ;
- Эффективно использовать профессиональную мотивацию в процессе трудотерапии;
- Использовать деятельность и анализ занятости, правильно и эффективно синтезировать информацию;
- Адекватно применять трудотерапию в тесном сотрудничестве с человеком/группой/ организацией сообществом, включая скрининг, оценивание, выявление нужд, формулировку задач, планирование и оценку результатов для того чтобы разрешить заниматься какой-либо деятельностью;
- Применять и адаптировать процесс трудотерапии по желанию клиента, в соответствии с целями вмешательства и окружением, в котором оно происходит;
- Постоянно открывать новое, критически оценивать и получать новую информацию для того, чтобы достигнуть наиболее эффективных результатов;
- Критически оценивать практику трудотерапии для того, чтобы быть уверенным, что акцент ставится на занятость и развитие трудовых способностей.

### **В. Профессиональные и партнёрские отношения**

Трудотерапевт **должен уметь**:

- Работать в соответствии с принципами практики, ориентированной на клиента и пропагандировать принятие клиентом на себя ведущей роли в терапевтическом вмешательстве;
- Эффективно общаться с людьми/ группами/ организациями/ сообществами, используя многообразие способов и техник общения;
- Устанавливать партнёрские отношения с членами команды, представителями сообществ и других групп;
- Консультировать и давать советы партнёрам и профессорам для того чтобы способствовать их участию в процессе;

- Поддерживать права клиентов для того, чтобы удовлетворить его потребности в занятости;
- Ценить и уважать веру, таланты и культурные традиции;
- Обнаруживать и организовывать динамику групп и межличностные отношения;
- Выступать как агент в изменениях в обществе и окружающей среде, чтобы продвигать лечение методами трудотерапии;
- Начинать и поддерживать обсуждения науки о занятости и трудотерапии в профессорской, академической, публичной и политической среде.

### **Г. Профессиональная автономия и учёт**

Трудотерапевт **должен уметь:**

- Содержать документацию по трудотерапии относительно ссылок, оценок, вмешательств и результатов;
- Подготавливать, хранить, пересматривать и заниматься аудио записями для поддержки услуг трудотерапии;
- Придерживаться местных/региональных/национальных/европейских политик и процедур, профессиональных стандартов и правил найма на работу;
- Продолжать учиться, чтобы улучшить практику трудотерапии;
- Принимать активное участие в собственном профессиональном развитии и развитии других;
- Обсуждать сложность применения практик, основанных на наблюдении в контексте изменяющегося характера трудотерапии;
- Выполнять свои профессиональные обязанности этично, проявляя уважение к клиентам и следуя профессиональному уставу трудотерапевтов;
- Демонстрировать веру в собственную политику менеджмента, собственное сознание и знание собственных границ.

### **Д. Исследование и развитие науки о трудотерапии**

Трудотерапевт **должен уметь:**

- Определять исследовательские нужды в проблемах трудовой деятельности, трудотерапии и/или науки о занятости;
- Формулировать релевантные вопросы для исследования;
- Демонстрировать способности к независимому исследованию, критическому изучению и применению научной литературы;
- Понимать, выбирать и защищать верный план и методологию для исследования;
- Критически обсуждать методологию исследования;
- Интерпретировать, анализировать, синтезировать и критиковать результаты исследования;

- Использовать информационные технологии в процессе исследования, включая оценку и распространение информации;
- Демонстрировать изобретательность и развивать методы и процессы трудотерапии, черпая информацию из современных исследований и/или теорий
- Информировать о результатах исследований ответственных лиц.

### **Е. Менеджмент и продвижение трудотерапии**

Трудотерапевт **должен уметь:**

- Определять и устанавливать приоритеты услуг трудотерапии в соответствии с нуждами клиентов;
- Определять нужды активного участия в продвижении услуг трудотерапии;
- Вести протоколы по трудотерапии в рамках некоторых более глубоких услуг;
- Понимать и внедрять бюджетные принципы для того, чтобы гарантировать приемлемые цены на услуги трудотерапии;
- Приобретать и содержать материальные ресурсы и инвентарь;
- Наблюдать за студентами, изучающими трудотерапию, ассистентами и добровольцами и другими;
- Участвовать в длительном процессе оценивания и улучшения услуг трудотерапии;
- Сообщать о результатах службам, занимающимся оценкой или ответственным лицам;
- Исследовать существующие рынки и принимать активную роль в последующем развитии и улучшении услуг трудотерапии;
- Понимать и применять принципы менеджмента в рамках услуг трудотерапии, работая независимо или будучи нанятым;
- Определять, обсуждать и влиять на развитие заботы о социальном здоровье, обществе и законодательстве на международном, национальном и локальном уровне, которые влияют на подготовку услуг трудотерапии.

### **2.3. Виды деятельности трудового характера**

В рамках трудотерапии были предприняты попытки дать определение и классифицировать формы основной деятельности человека. Большинство специалистов из медицинской и образовательных сфер считают, что основными формами деятельности человека являются: труд, игра и бытовая деятельность.

**а. Труд**, в общем, включает все формы продуктивной деятельности, независимо оплачиваются они или нет. Продуктивные виды деятельности предполагают блага или услуги, знания или идеи, способствуя в конечной своей цели прогрессу общества. Своей спецификой, труд способствует определению

статуса и роли человека в обществе. Это способствует развитию психического равновесия, которое ведёт к росту веры в себя и развивает позитивную самооценку, что положительно влияет на человека.

Работа со схемами помогает развитию более развитых членов общества и способствует прогрессу индивидуальной координации, что позволяет лучше интегрировать во все сферы жизни.

Положительные эффекты трудовой деятельности особенно видны в случае людей с физическими недостатками. Лечение их недостатков должно содержать в себе элементы трудовой и профессиональной деятельности начиная с детства, со школьной скамьи, а позднее, из-за их неспособности интегрировать в профессию, необходимо применять практику эрготерапии. В общем, без деятельности, человек, независимо есть ли у него физический недостаток или нет, регрессирует.

В настоящее время, благодаря новым открытиям в области науки и техники, мы участвуем в появлении новых профессий, которые требуют разнообразных форм работы. Требования к труду изменились и стали многообразнее. Специалисты считают, что в настоящее время мы участвуем в создании новых видов деятельности, которые приведут к развитию сложных личностей, на самом высоком уровне развития навыков, способностей и умений, связанных с социальной интеграцией.

**б. Использование игры**, как один из видов деятельности в рамках трудотерапии, упоминается в многочисленных исследованиях психологов, педагогов и трудотерапевтов.

Важная роль игры в сенсорном, моторном, когнитивном и социальном развитии ребёнка была отмечена в работах известных иностранных психологов: Дж. Пьет, Дж. Шато, Х. Вэлон, и в работах румынских специалистов Урсулы Шкёпы и Е. Верзы.

Использование игры как метода очень важно для детей с дисфункциями, особенно для тех, кто находится в учреждениях, и имеют меньше возможностей играть. «Навязанная игра приносит мало пользы для этих детей, и только игра в группе может предложить стимуляцию, необходимую для оптимального развития».

Как вид деятельности, игра состоит из разнообразной гаммы специфичных игровых действий и поведений, которые практикуются с детства и до старости. В детстве игровое поведение носит манипуляционный, исследовательский и творческий характер. В юношестве это переходит в спорт, соревнования, ритуалы и хобби. В зрелости важными становятся поведения характерные играм в обществе. В старости они перерастают в главную модель поведения характерную для существования. Можно отметить, что игры являются важным видом деятельности ребёнка и, в изменённой форме, остаются актуальными в последующие периоды его жизни. Благодаря своим функциям игровые виды деятельности играют решающую роль в социализации человека и его оптимальной интеграции в общество.

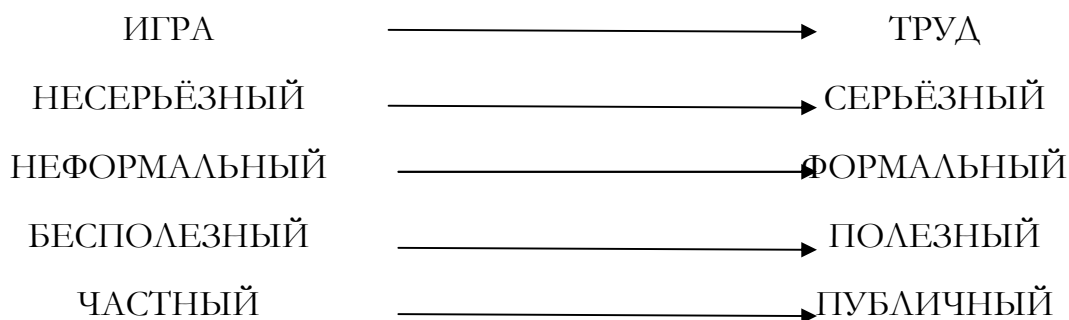


**в. Виды деятельности, связанные с бытом,** являются очень разнообразными и включают в себя уход за собой, содержание жилища, а также использование общинных услуг.

Посредством всех действий такого рода выполняются текущие задания, связанные с существованием человека и его выживанием. Мы можем представить виды деятельности как продолжительную линию, которая помогает отличать их друг от друга.

На этой координате, виды деятельности разворачиваются в антагонистических парах: серьёзный - фривольный, публичный – частный, полезный - бесполезный, формальный – неформальный. На одном из векторов находятся игровые виды деятельности, которые часто понимаются как фривольные, бесполезные, частные и неформальные. На другом находятся серьёзные, публичные и формальные виды деятельности, которые характерны труду. Бытовая деятельность человека находится на их периферии.

#### Схема продолжительности трудовых видов деятельности



Занятость с точки зрения трудотерапии, может быть проанализирована через призму трёх основных природных факторов:

- **Биологический**
- **Психологический**
- **Социальный.**

**Биологический** – играет базовую роль в сохранении и развитии биологической поддержки каждого человеческого организма.

Развитие человека является возможным благодаря постоянным изменениям, которые происходят в биологической структуре организма, то есть нервная и мышечная системы развиваются в результате их постоянной стимуляции через различные виды деятельности, начиная с самого юного возраста. В этот период вмешательство специалиста является самым оптимальным. В зрелом возрасте главной задачей является сохранение биологических функций на оптимальном

уровне как можно больше. Долгожительство тесно связано с поддержанием форм трудовой деятельности для проведения досуга.

Результаты многочисленных исследований подтвердили идею, что между биологическими и психическими функциями организма существует тесная связь. В человеке эти функции оказывают взаимное влияние друг на друга и сливаются в оригинальной манере в каждом отдельно взятом человеке.

**Психологический** – влияние деятельности в психологическом аспекте является очень сложным процессом, потому что практически не существует занятий, которые бы не влияли на психику.

Человек строит сам себя и изменяет среду, частью которой он является посредством добровольной деятельности. Изменения в психическом плане, главным образом, происходят благодаря игровой деятельности и труду. Основные навыки ребёнка формируются в процессе игры. Практикуя игровые виды деятельности, ребёнок, в первую очередь, учится манипулировать окружающими объектами, развивает движения для того, чтобы впоследствии выучить основные правила некоторых видов деятельности и осознавать понятия социального статуса и роли.

Для дальнейшего развития особенно важным является подготовка в играх с правилами, которые способствуют дисциплине и пониманию точных значений деятельности, осуществляемой совместно. Сюда можно отнести ролевые игры, которые играют особенно важную роль в социализации человека.

Очень важным является то, чтобы терапевт способствовал участию детей в разнообразных играх, которые бы разбудили их интерес и помогли в сплочении группы, к которую эти дети входят. Терапевт должен помнить, что игры развивают воображение и творческую сторону ребёнка, благодаря решению текущих проблем, в которых он участвует. Также, при помощи игровой деятельности терапевт может значительно способствовать повышению уверенности в себе у ребёнка и созданию положительного мнения о себе.

Труд формирует у человека мнение о себе и чувство уважения к себе, находящиеся в тесной связи с его профессиональной иерархической позицией. Чувства удовлетворения или недовольства, которые появляются в результате выполнения определённого задания, являются важнейшим условием психического равновесия. Успех в профессиональном и материальном плане является решающим элементом в оценивании, проводимом в современной психиатрии. Профессиональная неудача зачастую является объяснением потери уважения к себе и дезориентации. Сюда же можно отнести и современные тенденции к дезинтеграции традиционных занятий и появлению новых, к которым человек готов в недостаточной степени.

**Социальная сфера занятия**, главным образом, относится к влиянию деятельности на структуру социальных привычек и поведений человека. Эта сфера занятости может быть проанализирована через призму влияний, которое игровые и трудовые виды деятельности оказывают на формирование социальных навыков.

Для ребёнка игра выполняет подготовительную функцию к взрослой жизни, для различных социальных групп (школа, семья, досуг и др.) В зависимости от культурной принадлежности, в играх ребёнка, отражаются системы ценностей, обычаи, традиции и способы общения.

Игровая деятельность способствует росту способностей ребёнка к социальной адаптации. Игры взрослых, такие как, например, социальные, семейные и даже ритуальные, необходимы для поддержания социального существования. Когда игры начинают менять уклад жизни, это является сигналом приближения негативных культурных изменений. В этом смысле важным является то, что люди, которые чувствуют социальный дискомфорт, зачастую находят праздники и отдых невыносимыми.

В свою очередь, труд представляет собой деятельность с особым социальным характером. Разнообразие профессий привело к распределению заданий для каждого человека в отдельности. Распределение происходит согласно возрасту, полу, подготовке, возможностям и социальному статусу, занимаемому каждым человеком. Взрослые, выполняя и занимая определённые должности, осознают собственную ценность и принадлежность к определённой социальной и профессиональной группе.

Роль трудотерапевта в поддержке и социальном росте людей может быть выражена через вовлечение в определённые социальные мероприятия, предоставление помощи социальным группам с целью интеграции людей, испытывающих трудности в социальной адаптации.

Основные характеристики занятости (биологические, психологические и социальные) должны органично включаться в разработку терапевтического плана. Поэтому необходимо принимать во внимание следующие важные аспекты:

- Поскольку занятость особенно важна для адаптации в окружающей среде, её нарушение или отсутствие представляет угрозу здоровью человека;
- Если болезни, расстройства или неблагоприятные социальные условия повлияли на биологическое или психическое здоровье человека, занятие является важным условием реабилитации.

Очевидно, что в жизни каждого человека резкое прерывание деятельности ведёт к биологическим и психическим расстройствам. Например, прекращение некоторых трудовых или спортивных видов деятельности ведут к снижению биологических функций, которые в психическом аспекте могут стать причиной

стресса, который характеризуется раздражительностью или депрессией. В таких случаях рекомендуется, чтобы терапевт организовал новые виды деятельности, направленные на замещение утраченных. Так можно успешно лечить биологические и психические дисфункции.

В заключении, специалисты рекомендуют проведение глубокого изучения характеристик структуры и динамики занятий, обеспечивая разнообразие форм трудотерапии, используемых для решения проблем разных категорий людей.



### **Вопросы на повторение по Теме 2:**

1. Выявите философские основы практики трудотерапии.
2. Проанализируйте знания и ценности трудотерапевтов. Определите роль академической медицины в развитии профессиональных навыков.
3. Перечислите категории различных видов деятельности. Объясните их суть и определите терапевтических возможности труда, игры и бытовой деятельности.

### **Индивидуальное изучение:**

1. Проведите наблюдение за практической деятельностью трудотерапевта. Прокомментируйте полученные знания.
2. Разработайте/ проанализируйте список требований к трудотерапевту. Подумайте над ценностями, навыками и способностями, перечисленными в списке.

### Тема 3. Процесс трудотерапии

- 3.1. Проведение процесса трудотерапии.
- 3.2. Процесс трудотерапии и отношения между её составными компонентами.
- 3.3. Оценивание в трудотерапии.

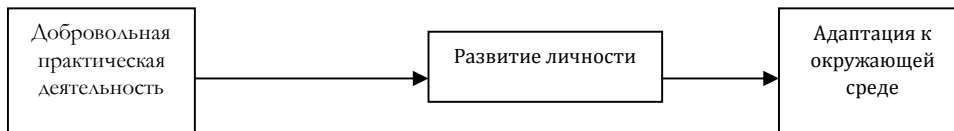
#### Задачи:

- Объяснить проведение процесса трудотерапии;
- Знать и применять фазы терапевтического плана;
- Выявлять отношения между составными элементами процесса трудотерапии;

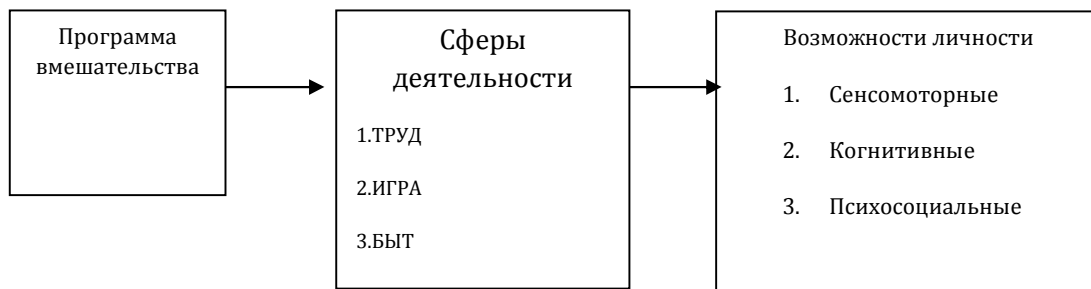
**Ключевые понятия:** процесс трудотерапии, программы вмешательства, план вмешательства, главные задачи вмешательства, фазы терапевтического плана, процедуры оценивания в трудотерапии: сбор начальной базы данных, интервью, наблюдение, стандартные процедуры оценивания

### 3.1 Проведение процесса трудотерапии

Деятельность трудотерапевта основывается на понятии, что практические занятия, выполняемые субъектом, участвуют в развитии личности, что позволяет лучше адаптироваться к окружающей среде.



Для достижения этой общей цели терапевт планирует определённые программы по вмешательству, которые реализуются при помощи труда, игр и трудовой деятельности, для того, чтобы сформировать и повысить у человека сенсомоторные, когнитивные и психосоциальные возможности.



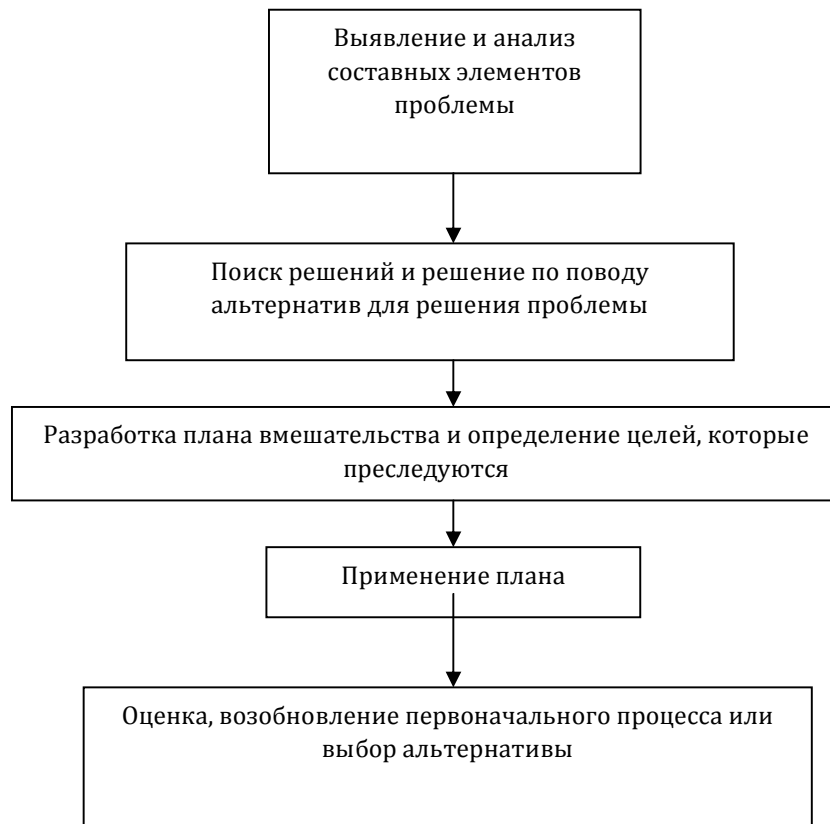
Вмешательство, с использованием специфичных методов трудотерапии, преследует следующие общие цели:

- Развитие, поддержка и лечение функционального уровня каждого человека, насколько это возможно;
- Компенсация функциональных недостатков посредством замены утраченных функций новыми;
- Предотвращение разрушения определённых функций организма;
- Стимулирование состояния здоровья и вера в возможности человека;

План вмешательства трудотерапевта для людей с ограниченными возможностями должен подробно включать виды деятельности из трёх фундаментальных областей.

**План вмешательства** - состоит в принятии терапевтического акта из различных областей трудотерапии, которые должны учитывать уровень образования личности, характеристики её отклонения, настоящий статус, культурную среду, в которой она живёт и её мотивацию к изменению.

### Процесс трудотерапии как процесс решения проблем:



Эту фазу можно разделить на другие этапы:

- a) Выбор цели;
- b) Разработка терапевтического плана;
- c) Применение плана на практике.

*А) После завершения оценивания* предполагается, что терапевт должен обладать полноценной и точной картиной о личности своего клиента.

При определении целей необходимо помнить о серии факторов, таких как, например:

- Нужды и желания клиента;
- Знания, связанные с системой ценностей клиента;
- Существующая информация относительно болезни или недостатка, их последствия для физических и психических аспектов;
- Общие задачи оздоровительной мульти - дисциплинарной программы, в которой клиент принимает участие.

**Задачи** можно классифицировать на:

- Долгосрочные задачи
- Краткосрочные задачи

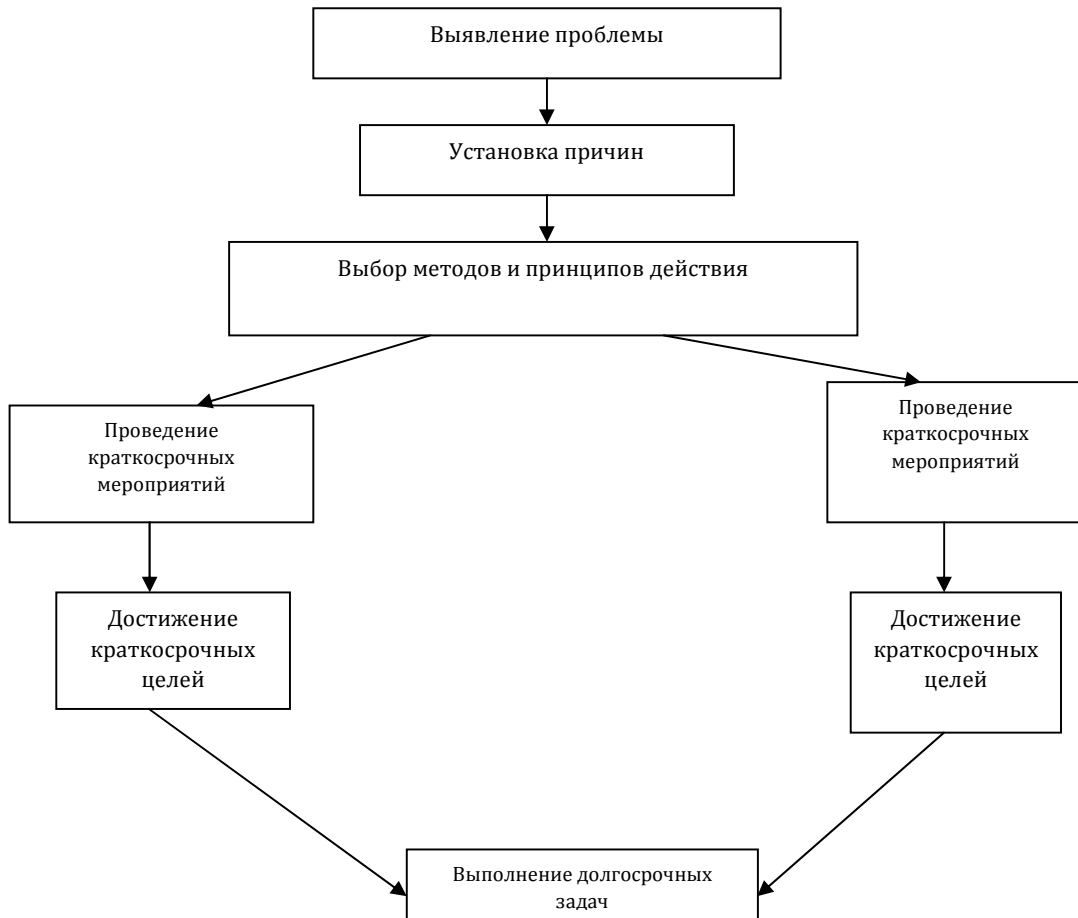
Долгосрочные задачи выбираются из сферы фундаментальных областей трудотерапии, а краткосрочные устанавливаются в деятельности, которая к ним относится.

Также, необходимо, чтобы при определении основных задач, консультировались специалисты из различных областей. Таким образом, через междисциплинарное сотрудничество, задачи будут реализовываться на практике. Можно говорить о сотрудничестве между трудотерапевтами, воспитателями, учителями в специализированных школах, учителями физической культуры, медиками, психологами, социальными помощниками, которые будут применять специальные методы. Было бы хорошо поговорить с клиентом и его родителями, которые могут оказать помощь в последующем лечении на дому.

**Б) Разработка терапевтического плана относится к описанию методов и процедур, которые используются для достижения намеченных целей.** Сюда включают синтез мероприятий, организованных для повышения способностей и возможностей человека. План необходимо принимать в виде определённых краткосрочных задач, чтобы его можно было с лёгкостью изменять, в случае если промежуточное оценивание показало его нецелесообразность.



**Общая диаграмма плана трудотерапии:**



Суммируя вышесказанное можно отметить, что главными характеристиками трудотерапевтического плана должны быть гибкость и мобильность, что позволит достигать значительных прогрессов.

***В) Применение плана трудотерапии состоит в проведении следующих отдельных фаз:***

1. **фаза ориентации** – в которой трудотерапевт объясняет больному мероприятия, которые они будут выполнять вместе, типы желаемых способностей или демонстрирует некоторые методы на практике;
2. **фаза развития** – в которой терапевт вводит больного в исследование и эффективную практику избранной деятельности;
3. **финальная фаза** – в которой терапевт оценивает способности приобретенные клиентом и намечает будущие цели.

Рекомендуется, чтобы процедуры оценивания распространялись на последние две фазы, представленные выше, для того, чтобы постоянно проверять

релевантность намеченных целей и эффективность плана трудотерапии в их совокупности. В настоящее время планируется использование плана, который можно применять на дому или в сообществе, в котором живет клиент. Поэтому особенно важным является использование плана, применимого и удобного в разных ситуациях, как для пациента, так и для терапевта.

**Выбор и регулировка инвентаря** требует от терапевта немалого воображения для того, чтобы подогнать приборы и аппараты под нужды ребёнка.

Каждый ребёнок с ограниченными возможностями имеет особые требования, которые должны быть установлены до его адаптации или перед использованием определённого аппарата. Изменения, проведённые в определённом объекте в процессе терапевтической деятельности, могут быть временными или постоянными, в зависимости от прогрессов ребёнка. Специалисты рекомендуют использовать разнообразный инвентарь, который может быть использован в работе с детьми с ограниченными возможностями, физическими, сенсорными и психическими расстройствами.

Необходимо выбирать инвентарь в соответствии с нуждами пациента, а также принимая во внимание физические характеристики материала из которого он изготовлен, такие как тяжесть, гибкость и др. В общем, с небольшими исключениями, для аппаратов и приборов желательно использовать материалы пригодные для долгого пользования.

В случае детей с ограниченными возможностями, Хопкинс рекомендует использование приборов, способных помочь, если выявляются нарушения в координации движений или способностях брать и собирать. Поэтому, отмечает автор, одно из первых заданий, которое трудотерапевт должен выполнить это анализ движений в рамках одного или группы похожих упражнений и сравнение с результатами, которых пациент должен достигнуть. Таким образом, терапевт оценит физические пределы ребёнка и определит, в каком инвентаре он нуждается.

В случае детей с нарушением координации рекомендуется, например, заменить пуговицы на одежде заклёпками, а на туфлях использовать пряжки вместо шнурков.

Людей с психическими расстройствами, которые являются постоянной угрозой для психомоторики, можно обезопасить при помощи специальных головных уборов, для того, чтобы избежать несчастных случаев во время упражнений.

**Оценивание программ трудотерапии является необходимым для того, чтобы определить эффективность процедур, используемых терапевтом.**

Самыми распространёнными формами оценивания являются промежуточные и финальные.

**Промежуточное оценивание** используется во время применения терапевтического плана и состоит в измерении достигнутых результатов посредством достижения намеченных промежуточных результатов. Специалист должен задавать себе вопрос, если достижения соответствуют ожидаемым изменениям в способностях ребёнка.

В случае если во время промежуточного оценивания обнаруживается неэффективность запланированных мероприятий и задач, рекомендуется изменить первоначальный терапевтический план.

Этот тип оценивания помогает проверить:

- эффективность терапевтического плана;
- изменения, которые необходимо внести в план;
- точное определение его завершения.

**Финальное оценивание** относится к анализу результатов всего терапевтического процесса. Таким образом, можно выявить успех или неудачу мероприятий, организованных специалистом для того, чтобы помочь пациенту при помощи приёмов трудотерапии.

***Процесс трудотерапевтического лечения людей с ограниченными возможностями это длительный процесс, который нужно возобновлять в разных возрастах, учитывая специфические нужды, которые появляются у людей в различные периоды жизни.***

Рекомендуется, чтобы процесс трудотерапии, применяемый к человеку с ограниченными возможностями, всегда возобновлялся в новых формах, с использованием разнообразных методов и процедур.

### **3.2 Процесс трудотерапии и отношения между его составными элементами**

Специалисты соглашаются, что независимо от места, где разворачивается процесс трудотерапии, он предполагает установление динамичных отношений между четырьмя факторами:

1. субъект;
2. терапевт;
3. мероприятия;

4. среда, где разворачивается процесс.

**Субъект** это тот, кому адресуется процесс трудотерапии для того, чтобы разрешить его проблемы. Оздоровительные меры, которые планирует терапевт, направлены на повторное приобретение субъектом привычек и способностей, которые помогут ему более оптимально интегрировать в среду, в которой он живёт.

Поэтому необходимо, чтобы терапевт очень точно понимал специфические проблемы пациента, связанные с определёнными характеристиками психических процессов, которые определяют личность человека.

Человек представляет собой сумму подсистем, характеризующихся сенсорными, моторными, когнитивными, аффективными, социальными и культурными навыками, способностями и возможностями. Все вышеперечисленные характеристики находятся в динамичном процессе продолжительного изменения, в зависимости от возраста, типа расстройства и условий жизни пациента. В процесс трудотерапии входят и другие важные элементы, которые влияют на реакции субъекта, изменяя характеристики его возможностей. Здесь можно отметить проблемы, связанные со стрессом и мотивацию для деятельности.

Стресс это характерная черта современного времени, причиной которого являются быстрые и постоянные изменения в современном обществе, которые требуют от человека много усилий, чтобы к ним адаптироваться. Он встречается как у людей с ограниченными возможностями, так и у полноценных людей.

У людей с умственными отклонениями, стресс проявляется на более низком уровне, потому что они не осознают в полной мере трудности социальной интеграции, которые они испытывают. Совершенно другая ситуация у людей с физическими и сенсорными расстройствами, которые понимают причины трудностей, с которыми они сталкиваются. При разработке трудотерапевтического плана вмешательства, трудотерапевт должен учитывать, что он работает с людьми, находящимися в состоянии стресса.

Стресс, с точки зрения трудотерапии, по определению Коулмэна, провоцируется «потребностями к адаптации, возникающими у человека». Этот автор подчёркивает, что стресс может проявляться как на физическом, так и на психологическом уровне.

Независимо, от причины своего возникновения, стресс передаётся посредством биологических реакций, связанными с церебральными изменениями кровоснабжения, мышечным напряжением и психологическими реакциями, представленными появлением сильных эмоций, которые ведут к поведенческим расстройствам и потере адаптации. Согласно теории Коулмэна, уровень стресса зависит от:

- специфики потребностей для адаптации;

- характеристики личности;
- типа ресурсов и внешней помощи, которой располагает человек.

Фактор, порождающий стресс может влиять на человека сам или в комбинации с другими факторами. Коулмэн доказывает, что чем дольше продолжается действие фактора стресса, тем более пагубными являются его воздействия на человека. Другой аспект, который терапевт должен принимать во внимание, заключается в том, что любое изменение, происходящее в жизни человека, является фактором стресса. Очень часто человек этого не понимает и не осознаёт.

Поэтому рекомендуется постоянно вводить новые методы в лечебный процесс и постоянно помнить об этом. Избавление от стресса, спровоцированного изменением, возможно при помощи постепенного введения запланированных мероприятий. Также, терапевт не должен забывать о расширении арии своего вмешательства на образовательном, семейном и реакционном уровне. Только при организации разноплановой деятельности можно эффективно бороться со стрессом.

**Стимуляция мотивации** является важным элементом в достижении высоких результатов в процессе трудотерапии. Роль трудотерапевта заключается в том, чтобы пробудить у пациента осознанное желание участвовать в оздоровительных мероприятиях.

Поведение людей стимулируется удовлетворением потребностей, пробуждением любопытства и характеристиками факторов окружающей среды.

*Факторы окружающей среды* делятся на физические и социальные. Среди физических факторов огромное влияние на мотивацию личности оказывает материальный аспект условий, в которых он находится: специально оборудованные здания и помещения, характеристики оборудования.

*Социальные факторы* относятся к межличностным отношениям в рамках рабочих групп, которые, в основном, могут быть сотруническими или соперническими. МакКлеланд, например, изучал предел, до которого человек может воспринимать соперничество на определённом уровне и назвал это «потребностью самореализации». Он распределил людей на две чёткие категории: 1. те, которые предпочитают избегать ситуаций, связанных с риском и ищут ситуации с минимальным уровнем соперничества и 2. другие, которые принимают риск и соревнования на максимальном уровне.

Между этими категориями находится ещё одна промежуточная, состоящая из людей с комбинацией критериев из двух вышеперечисленных категорий. Две вышеизложенные характеристики формируются ещё в раннем возрасте. В рамках этой классификации, считается, что люди с ограниченными возможностями, в своём большинстве, относятся к первой категории и реже ко второй.

В связи с теорией «потребности самореализации» в трудотерапии появилась теория «зависимости от окружения». Согласно этой теории, люди обладают индивидуальными схемами поведения, которые можно классифицировать на две основные категории:

- а) люди, независимые от окружающей среды, которые не подчиняются социальным нормам и ведут себя в соответствии с собственной системой ценностей;
- б) люди, зависимые от окружающей среды, которые подчиняются и принимают внешние социальные нормы.

На основе психологических и педагогических экспериментов, было доказано, что в элементах, объясняющих мотивацию, находятся указания для выбора процедур трудотерапии. Для более точного анализа мотивации, необходимо иметь в виду, что на её динамику влияет способность человека обрабатывать информацию, исходящую из окружающей среды и его предыдущих опытов.

**Беспокойство** было определено как «расстройство эмоциональности, выражающееся через состояния необоснованного беспокойства, страха и озабоченности», при отсутствии причин для них. Вкратце, его определяют как «беспокойство без объекта».

Беспокойство может быть мотивационным до определённого момента, после которого оно начинает тормозить деятельность, провоцируя снижение уровня адаптации к новым ситуациям, что ведёт к дезорганизации механизмов, отвечающих за интеграцию в окружающую среду. В отличие от беспокойства, *фобии* «являются страхом с объектом», в рамках нашего анализа объект представляет собой деятельность. Речь идет о страхе, проявляемом к какой-либо деятельности. Беспокойство и фобии, в случае людей с ограниченными возможностями, имеют тенденцию перерасти в постоянные черты личности.

Решением, которое может помочь трудотерапевту в мотивации субъекта и в снижении негативных эффектов перечисленных факторов, является вовлечение пациента в виды деятельности, в которых он может добиться успеха и вновь поверить в собственные силы. Также, для обеспечения оптимальной мотивации для деятельности, необходимо обеспечить полное взаимодействие человека в рамках лечебного процесса. Творческий подход при использовании вещей в рамках оздоровительного процесса способствует росту уверенности в собственных силах и помогает установить более тесные межличностные отношения. Очень часто человек вкладывает в объект много страсти и чувств, в работе он может отдать всё, что может. Поэтому рекомендуется, чтобы терапевт относился с привязанностью к объектам, изготовленным пациентом, соблюдал его права на обладание ими и даже использовал их в последующих оздоровительных процедурах.

В завершение, последний элемент, который может повлиять на субъекта это **культура**. Под культурой понимается вся совокупность традиций, обычаев и

ценностей общества. Это оставляет отпечаток на всей совокупности социальной системы в данном обществе, в котором особенно важными являются семья и сообщество. Посредством семьи и типов сообщества, оказывается влияние на поведение человека от самых простых и до самых сложных уровней. Терапевт, независимо от места, где он работает, это тот человек, который помогает пациенту решить его проблемы, связанные с адаптацией.

**Эмпатия** определяется как «возможность понимать внутренний мир человека, его привычный мир и значения, а также возможность выразить понимание по отношению к ним, так, чтобы он был понят и принят.

Наделённый способностью точно знать собственные возможности и обученный использовать внушение и эмпатию, терапевт может начать строить отношения с субъектом. В рамках этих особенно сложных межличностных отношений происходит постоянный обмен влияния между двумя главными членами, терапевтом и субъектом.

В случае работы с группой людей, находящихся в тяжёлой ситуации, необходимо работать в направлении установления дидактических отношений (терапевт – субъект) и роста сплочённости между членами группы (субъект – субъект). Консолидация отношений между терапевтом и субъектом происходит при помощи установления чувств, основанных на уважении, привязанности и взаимном понимании.

На практике отношения между терапевтом и субъектом строятся на протяжении многочисленных этапов, которые подробно были проанализированы Уиллардом и Спэкмэн. Согласно концепции этих авторов эти этапы являются следующими:

1. аффективный этап, который длится долгое время, терапевт завоевывает доверие пациента и внушает оптимизм на улучшение его ситуации;
2. этап объединения поступков и информации относительно нужд субъекта, которые нужно решить и установление адекватного образовательного плана;
3. этап развития плана действий, в рамках которого обе стороны оговаривают то, как будет проводиться лечение и уточняют требования друг к другу;
4. этап применения плана, в котором терапевт сообщает субъекту, чего он от него ожидает и переходит к выполнению намеченных мероприятий;
5. финальный этап, когда происходит расставание, которое может обнаружить специфические проблемы, в зависимости от отношений между терапевтом и субъектом и прогрессами, достигнутыми в результате лечения.

**Элементы, которые трудотерапевт должен принимать во внимание при принятии правильных решений, связаны со спецификой проблем субъекта, его хронологическим возрастом, уровнем развития его навыков, его потребностями и желаниями, характеристиками его социального окружения**

**и возможностями учреждения, в котором он проходит курс лечения. Также, необходимо помнить, что выбранные мероприятия подчиняются общим целям терапевтического плана и соотносятся друг с другом с точки зрения эффективности плана для достижения общей цели.**

Проведённые исследования показывают, что самыми подходящими методами реабилитации людей с ограниченными возможностями являются те, что связаны с трудом. Таким образом, как мы уже доказывали выше, эрготерапия позволяет достигнуть высоких результатов в компенсации и лечении расстройств, способствуя развитию и уравниванию личности.

Под средой мы понимаем место или пространство, где разворачивается терапевтический процесс. Это могут быть школы, дневные центры, больницы, защищённое жильё и сообщества. В современной трудотерапии считается, что при выборе среды, специалист должен учитывать специфику субъектов, характеристики пространства, где разворачивается курс лечения, используемые методы и приемы, состав команды, структуру процедур оценивания, характер поставленных целей и характеристики лечебного плана во всей их совокупности.

### **3.3. Оценивание в трудотерапии**

Оценивание в трудотерапии является особенно важным. Оно предполагает сбор правильной и достоверной информации, которая будет использована для определения нужд и проблем пациента и для планирования необходимого лечения.

Процедуры оценивания в рамках сбора и оценки информации о пациенте могут быть классифицированы на 4 основные категории:

- сбор начальной базы данных;
- интервью;
- наблюдение;
- стандартные процедуры оценивания.

Сфера практики трудотерапии может быть психологической, неврологической для людей в возрасте, для детей особое внимание уделяется критериям оценки. В последствие, трудотерапевт решит, какие специфические процедуры он будет использовать, отталкиваясь от данных о возрасте пациента, уровня его психического и физического развития, образования, социального и экономического статуса, культурной среды, функциональных способностей и навыков.

Процесс оценивания начинается с исследования пациента для того, чтобы определить его вовлечение в процедуры трудотерапии, то есть необходимость продолжения оценивания и трудотерапии.



В продолжении процесса используются инструменты оценивания, выбранными в соответствии с данными, полученными при обследовании. В течение этой процедуры, трудотерапевт будет собирать данные относительно функционального статуса личности, его навыков и умений, конъюнктуры, в которой разворачивается его деятельность. Собранные данные нужны для того, чтобы получить полное представление о пациенте и использовать эти знания для того, чтобы развивать стратегии и планы лечения.

Начальная база данных относится к возрасту, полу, мотиву и необходимости направления клиента к услугам трудотерапии, медицинскому диагнозу и предшествующим болезням, связанным с этим диагнозом, материальному положению до заболевания, условиям жизни (если пациент зависим, находится в лечебном учреждении, если у него есть потребность в постоянном наблюдении). Эта база также должна содержать информацию об отношениях с социальной, образовательной и профессиональной средой. Эта база будет поставлять информацию для прогнозов во время трудотерапии. Все эти данные должны вноситься в специальные карточки.

**Интервью** можно применять как к больному, так и к его близким. Оно представляет собой запланированный и организованный путь сбора информации. Поскольку в центре трудотерапии находится занятие пациента и виды деятельности, в которых он участвует в течение дня, интервью поможет собрать информацию и об этих занятиях. Наряду со сбором информации, интервью используется для развития доверительных отношений и общения между терапевтом и пациентом. В некоторых случаях интервью предполагает использование анкет, которые фокусируют своё внимание на интересах и деятельности пациента.

Другая техника, используемая для того, чтобы выяснить интересы и хобби клиента заключается в построении графика конфигураций его занятий. В качестве формулы от пациента требуется вкратце описывать то, как он проводит каждый день в течение определённого периода времени.

Каждое занятие классифицируется в зависимости от функции, примером которой является труд, отдых, работа по дому, социальная и образовательная деятельность, устанавливая показатели, в зависимости от вида деятельности и степени умения, с которой она выполняется.

Из графика трудотерапевт может узнать, как данный человек проводит свой день, в каких видах деятельности он участвует, ведёт ли он уравновешенный образ жизни. Рекомендуется, чтобы интервью давалось в атмосфере близкой к секретности. Интервью должно быть расслабляющим, комфортным, как для терапевта, так и для пациента, и не представлять собой серию строгих вопросов и ответов.

Искусство интервью состоит в сплетении формального и неформального между 2 участниками. Оно включает в себя 3 стадии:

- первичный контакт;
- сбор информации;
- завершение.

Трудотерапевт, в первые минуты интервью, должен создать атмосферу приближённости к субъекту, потому что, зачастую, пациент взволнован и нервничает или он чувствует неловкость по поводу участия в новом и незнакомом виде деятельности. Желательно, чтобы в начале интервью терапевт ознакомил пациента с особенностями процедур, программой и способами проведения трудотерапии. Интервью формирует у пациента первое впечатление о том, в чем ему предстоит принимать участие и создаёт состояние психического комфорта, готовя его стать партнером трудотерапевта.

**Сбор информации.** После первого обсуждения услуг и видов организации процесса трудотерапии, трудотерапевт концентрируется на проблемах пациента, направляя беседу таким образом, чтобы получить желаемую информацию в разговорном потоке, в как можно более естественной манере. Трудотерапевт так должен направлять ход беседы, чтобы концентрироваться на проблемах пациента. Если трудотерапевт восприимчив к ответам пациента, он может решить, сколько времени он будет уделять определённым вопросам.

Трудотерапевту необходимо будет делать записи и он должен будет предупредить об этом пациента, чтобы не встревожить его этим. Необходимо поддерживать постоянный контакт, с тем, кто даёт интервью. Интервью может проходить по строго структурированному плану, а может быть не структурированным, в которое входят ответы по мере их получения.

У терапевта могут быть стандартные темы, а могут появиться специфичные, в соответствии с проблематикой личности, которая даёт интервью, что поможет в определении терапевтической схемы. Завершение интервью происходит в зависимости от времени, выделенным терапевтом, так чтобы не потеряться в бесполезном разговоре, без необходимых деталей.

Трудотерапевт должен подать сигнал, что интервью подходит к концу. Категорически нельзя завершать интервью резко, говоря, что вышло время.

**Наблюдение** представляет собой способ сбора информации о человеке или среде, в которой он живёт, посредством простого присутствия терапевта и внимания к деталям. Наблюдение может происходить согласно строго запланированным шагам или может быть свободным, незапланированным специально. С самой первой встречи трудотерапевта с клиентом, можно получить определённую информацию: рост, одежда, социальные и когнитивные способности, способности к диалогу, тон голоса и физические возможности.

Трудотерапевт должен уметь видеть, слушать и выбирать из совокупности полученных данных те, которые необходимы для процесса трудотерапии. Талант к наблюдению это не то качество, которое приобретается, но его можно усилить и

развить через осознанный труд и добровольное усилие. Концентрируясь на наблюдении, мы можем открыть для себя детали, о существовании которых мы раньше не знали. Самый лучший способ наблюдения это рост способности концентрировать внимание. Для того чтобы развить способности к наблюдению необходимо заранее готовить мышление на сбор необходимой информации.

**Структурированное наблюдение** состоит в наблюдении за клиентом, в то время как он выполняет заранее запланированное задание для того, чтобы узнать, может ли пациент выполнять определённые задания (например, бриться)

Другим способом, используемым в рамках структурированного наблюдения, является *наслоение заданий*. Он применяется к клиентам с психосоциальными расстройствами. При переходе от одного задания к другому, можно видеть его конечный результат, а также то, как пациент выполняет поручения, то как он к нему относится и как он отчитывается перед тем, кто даёт поручение (например: просим пациента нарисовать простой рисунок, не говоря ему, что нужно нарисовать, или просим выполнить рисунок по определённой визуальной модели; просим заполнить СЕС.

#### **Что нас интересует:**

1. Анализируем вовлечение клиента в условия и состав задания (сенсомоторное, психологическое, психосоциальное, когнитивное и когнитивно - интеграционное вовлечение).
2. Оценивание клиента в условиях выполнения задания, которое включает: физический аспект, реакцию на тестовую ситуацию, отношение к обследователю, отношение к заданиям, качество продукции, вербальное выражение.
3. Наслоением тестов можно собрать информацию относительно определённых специфических черт: внимание, независимость, образованность, возможность следовать письменным и устным инструкциям, сотрудничество, инициатива, отношение к авторитету, способность читать и писать, застенчивость или агрессивность, активное/пассивное участие.

**Процедуры оценивания.** Перед тем как начать лечение пациента, необходимо определить уровень его возможностей, используя процедуры формального оценивания. Из-за специфичности требуемой информации, процедуры оценивания должны критически анализироваться с точки зрения достоверности и надёжности.

Применяемый тест является **надёжным** только тогда, когда он был проверен посредством множества тестирований, на различных возрастных группах, образовательных уровнях и, иногда, с учётом географического расположения.

**Достоверность теста** это измерение точности, с каким показателем, полученным в результате теста, отражаются реальные возможности пациента.

Степень доверия терапевта к тому или иному инструменту основывается на его надёжности и достоверность.

Применяемые тесты обычно сопровождаются протоколом, который представляет собой методы использования и проведения теста, подсчёт показателей, а, иногда, содержит ключевое слово, которое нужно использовать во время проведения теста. Это делается для того, чтобы устранить, насколько это возможно, субъективный фактор, связанный с трудотерапевтом.

Трудотерапевт может использовать нестандартные тесты, с более субъективным характером, которые основываются на медицинских способностях, мышлении и опыте трудотерапевта. Например, процедура оценивания при помощи теста на мануальную мускулатуру, который определяет силу одной мышцы или группы мышц или тесты, которые оценивают сенсорные возможности (боль, такт, термическая чувствительность).

Применение любого метода тестирования предполагает, что терапевт должен быть хорошо подготовлен, знать принципы применения теста, его процедуры и уметь правильно подсчитывать и интегрировать показатели. Некоторые тесты требуют специальной тренировки. Данные полученные при оценивании заносятся в документы данного пациента.

Процесс оценивания насчитывает многочисленные способы сбора информации о клиентах. Сбор первоначальной базы данных требует изучения медицинской карточки пациента, сбор информации о его диагнозе, его медицинском прошлом, предыдущем функциональном уровне, социальном, образовательном и профессиональном прошлом.

Интервью в трудотерапии является сочетанием формального сбора данных и устного рассмотрения, направленного на установление доверительных отношений между двумя участниками. Возможность собирать информацию посредством обычного наблюдения является решающей характеристикой для терапевта. Посредством концентрации внимания на этой способности и сознательном совершенствовании, эта естественная способность становится ценным инструментом терапии. Совершенствование этого навыка является ответственностью трудотерапевта. Он также несёт ответственность за понимание принципов тестирования, которыми он будет пользоваться при выборе и использовании инструментов тестирования. Необходимо, чтобы трудотерапевт ознакомился с тестами и потренировался в их использовании до того, как он начнёт применять их к клиентам.



### Вопросы на повторение по Теме 3:

1. Охарактеризуйте процесс организации трудотерапии.
2. Аргументируйте отношения между составными элементами трудотерапии.
3. Выявите значение оценивания в успехе трудотерапии.
4. Перечислите инструменты оценивания, применяемые в процессе трудотерапии. Расскажите о методологических требованиях для их применения.

### Индивидуальное изучение:

1. Разработайте пути консолидации отношений между терапевтом и клиентом.
2. Проанализируйте этапы процесса трудотерапии, используя ресурсы Интернета. Для дополнительной информации посетите сайт: <http://www.blogdesanatate.ro/>
3. Проанализируйте методы и техники оценивания, применяемые в трудотерапии. Выскажите свое мнение о преимуществах/недостатках каждого метода/техники.
4. Подумайте о конкретных нуждах бенефициара трудотерапии. Разработайте терапевтический план, принимая во внимание его фазы и нужды бенефициара.

## Тема 4. Роль трудотерапии в психосоциальной и профессиональной реабилитации людей с различными отклонениями

4.1. Понятие отклонения. Типы отклонения.

4.2 Реабилитация (восстановление) психически больных и людей с ограниченными возможностями

4.3. Особенности психического восстановления

### Задачи:

- Понимать смысл неполноценности и её разнообразие.
- Различать реабилитацию (восстановление) психически больных и людей с ограниченными возможностями.
- Объяснять особенности психической реабилитации
- Знать модели программ и практик реабилитации.
- Осознавать и ценить роль трудотерапии в психосоциальной и профессиональной реабилитации людей с различными отклонениями.
- Знать, как применять существующие модели программ и практик реабилитации, приспособив их к специфике

**Ключевые понятия:** неполноценность, типы неполноценности, целостность, функциональность, сенсорная ограниченность, психическая ограниченность, неврологическая ограниченность, психосоциальный статус неполноценности, реабилитация/восстановление, модели программ реабилитации, практики

#### 4.1. Понятие отклонения. Типы отклонения.

Отклонение не следует путать с болезнью. У неё другое значение: в то время как болезнь является структуральным и функциональным изменением организма с соматической, психической и психосоматической точки зрения и её характеристиками являются страдание, отклонение характеризуется не страданием, а неспособностью. Теме не менее у них есть общая черта, а именно, аномальное состояние человека.

В отличие от болезни, отклонение это состояние неспособности, потери или врождённое отсутствие какой-либо способности у человека. Эта неспособность отличает его от других людей, у которых она присутствует. Потеря способности у людей с ограниченными возможностями может быть частичной или полной, может появиться со временем, быть врождённой или передаваться по наследству.

Отклонение может появиться как следствие эволюции некоторых болезней, или может проявиться как пост-эффект заболевания. В этом случае, оно является пост - эффектом недостаточностью, которая следует за клинической эволюцией психической или соматической болезни. В случае отклонений, не приходится иметь дело с той же психологической, биологической, медицинской или социальной ситуацией, которая встречается у больных. Люди с отклонениями являются носителями «дефектных состояний» или «недостатков» и, за исключением психически больных, не страдают психическими расстройствами. Вместе с тем, наличие этой недостаточности, независимо от её происхождения, развивает у них определённый психологический профиль, связанный с недостатком, а именно: у них особенный тип личности, с определённой уязвимостью, которые всегда являются отправной точкой для некоторых психологических и психосоциальных проблем.

**Типы отклонений.** В общем, отклонения классифицируются в соответствии с природой и типов недостатков, которые они представляют.

Термин *неполноценность* подразумевает отсутствие, «минус», в органическом, функциональном, психическом или физиологическом смысле, в метаболическом смысле он воспринимается как «дефект». Термин *«неполноценность»* предполагает, скорее всего, отсутствие какой-либо части тела, из-за чего человек не в полной мере может владеть им. Термин *«инвалид»*, который чаще всего используют, предполагает препятствие физического, сенсорного, психического или неврологического характера, которое делает человека неспособным выполнять определённые функции (слух, зрение, ходьба, мышление, речь) в сравнении с нормальными людьми.

Мы считаем, что двумя критериями, которые должны лежать в основе оценки и классификации дефектных состояний, являются *целостность и функциональность*.

**Целостность** это состояние, которое определяет сферу нормального, представляя полное структурирование личности с точки зрения его сомато-психической организации.

**Функциональность** это способность сферы нормального, представляя способность или возможность человека полноценно функционировать, в соответствии с состоянием своей психобиологической целостности.

Принимая во внимание этих два критерия, целостность и функциональность, неполноценность классифицируется следующим образом:

- a) *Сенсорная неполноценность*, представляет собой дефекты анализаторов, главным образом *анализатор слуха и зрения*, поэтому двумя основными формами неполноценности являются: слуховые и зрительные расстройства;
- b) *Психическая неполноценность*, которая является дефектом развития и созревания центральной нервной системы, обычно интеллектуальной и инструментальной, таких категорий людей, как олигофрены, включая следующие формы: легкая, средняя и высокая степень умственной отсталости;
- c) *Неврологическая неполноценность*, представляют собой дефекты развития центральной нервной системы, с последствиями для целостности, как правило, характеризуемых двусторонним параличом из группы, выделенной Литлом; необходимо отметить, что, зачастую, психическая неполноценность ассоциируется с неврологической, обнаруживая комбинированные формы неполноценности, типа двусторонний паралич с имбецильностью или идиотизмом

Вышеупомянутые формы неполноценности обычно носят врождённый характер или появляются в очень раннем возрасте, в перинатальном периоде или в первые месяцы жизни ребёнка, у новорождённых. В случае, если они появляются в течение жизни, они тоже будут иметь характеристики неполноценности, но являются пост-эффектами некоторых болезней или терапевтических травм (глухость после лечения стрептомицином) и т.д. Необходимо также принимать во внимание состояния неполноценности, которые могут появляться в течение жизни, характеризуемые системной целостностью и не являющиеся функциональными расстройствами. Это случай *состояний инвалидности: ампутации, паралич конечностей, потеря речи* и т.д.

**Психосоциальный статус неполноценности.** Психосоциальный статус неполноценности особенно важен и вытекает из отношения общества к неполноценности и к людям с ограниченными возможностями, потому что он является тем, что создаёт определённую картину о социальном статусе человека. В нашем обществе, общественный имидж не является простой формальностью, а носит нормативный характер и связан с ценностями социокультурной модели. Можно с уверенностью говорить, что социальный статус человека изменяется в зависимости от социального имиджа человека, вместе с социальным мировоззрением и социокультурной моделью. Эти аспекты полностью меняют то, как человек рассматривает и понимает свободу, ответственность, действие и волю, поведение, идеалы, в соответствии с социальной организацией, межличностными отношениями и т.д.



Мы не считаем ошибочным мнение, что любая форма психической гигиены формирует определённый тип *Weltanschauung*, определённую «концепцию о мире». В этом смысле, открываются две перспективы: тип *открытого общества*, толерантного; и тип *закрытого общества*, консервативного.

*Открытое общество* характеризуется терпимостью, в котором социальный имидж человека основывается на духе понимания. При восприятии человека учитываются его душевные качества.

*Закрытое общество* это нетерпимое общество, тоталитарного типа, которое в строгой, жёсткой форме навязывает социальное представление о человеке, согласно определённой идеологии, а не *Weltanschauung* (мировоззрению).

## **4.2 Реабилитация (восстановление) психически больных и людей с ограниченными возможностями**

Мировоззрение общества относительно психического состояния и психических болезней проявляется следующим образом: идеи о здоровье и болезни, сформированные научными знаниями и исследованиями; представления о здоровье и болезни, как коллективной форме идеологии, с ярко выраженным эмпирическим характером, основанном на наблюдениях; действия, связанные со способностями обнаружения, диагностики и лечения больных, социальные, психические и культурные модели поведения относительно состояния здоровья или болезни, особое внимание, уделяя социально-общинным мероприятиям медицинского характера; меры медицинской помощи и восстановления состояние здоровья, как выражение уровня развития медицины и ценностей цивилизации в данном обществе.

Сегодня, в цивилизованном мире, психическая болезнь не является предметом стыда, и уже долгое время она не является предметом безразличия, интерес к ней постоянно растёт. Аспекты, связанные с психосоциальным восстановлением психически больного, ставят новые проблемы, привлекая к сотрудничеству специализированные медицинские учреждения, которым помогают научно-исследовательские институты и неправительственные организации (А. Бон и Дж. Саймон, Г. Уэлс, С.Е. Голлан и К. Эйсдорфэн, М. Брид, М.Р.. Шоумонт, Г. Домезон, Н. Спэйджер, М. Дювост, Фр. Дэмон, В.Уоррен). Сегодня мы участвуем в создании широкой сети медико-социальных, научных, терапевтических или защищённых учреждений и организаций, а также специализированных государственных органов: ООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ, патронажные общества, центры пост-лечения, Лига психического здоровья и т.д.

Терминология, используемая для обозначения этой концепции отличается, т.е по-разному понимаются одни и те же задачи (Х. Эй, Хл. Вэйл, Б.Х. Кёрмэн и Дж. Бикнел, Л. Норо, Х. Руск, П. Сивадон, К. Енэческу). Для Американской школы привычным является термин *реабилитация*. Французская школа использует термины

*реадаптация* или *распределение*. Х. Платт рекомендует использовать термин *реабилитация*, поскольку у него есть биологическая и психологическая схожесть. Под *реабилитацией* он понимает вовлечение в трудовую деятельность больного человека или его определение на работу, как результат совместных усилий медика, вспомогательного медицинского персонала и членов образовательных организаций, а также организаций социальной помощи.

### **Принципы реабилитации.**

Для К.Е. Канифа, основными факторами, которые способствуют эффективному лечению психически больного, являются следующие: необходимость оздоровительных мер для большей части населения; наличие технических возможностей и квалифицированный персонал, предоставляющий услуги восстановления; понимание членами сообществ значимости восстановления для психически больных; желание общества содействовать восстановлению посредством обеспечения программ и услуг, предназначенных для этих целей.

Принципы, которые лежат в основе процесса восстановления психически больных, являются универсальными и большинство авторов соглашаются с ними (П. Сивадон, Р.Х. Ожеманин, С.В.. Маунфорд, Х. Кесслер, К. Енэческу):

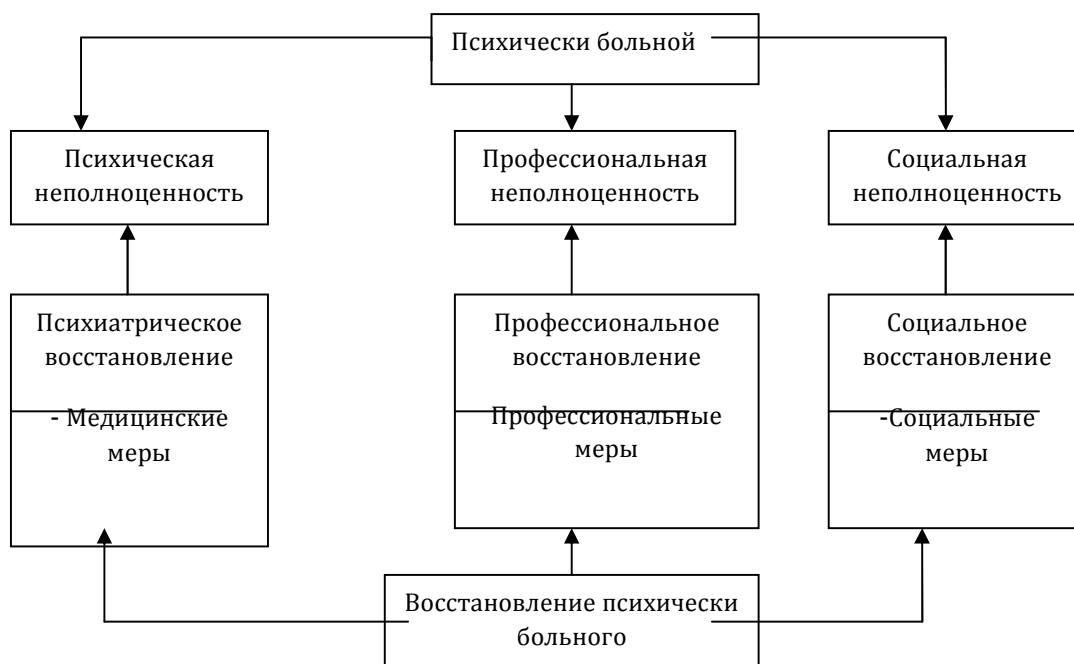
- а) Принцип вовлечения* стоит в активном привлечении и вовлечении психически больных в восстановительный процесс;
- б) Принцип приведения в действие*, в основе которого лежит активное вовлечение путём активизирования больного во время восстановительного процесса, с поддержанием определенного ритма терапевтической деятельности;
- в) Принцип сотрудничества* предполагает, что медик или команда терапевтов должны сотрудничать со специализированными социальными и профессиональными организациями во время процесса восстановления;
- г) Принцип разнообразия и мобильности* состоит в разнообразии ритма восстановления, перехода от одного типа к другому, как способа разнообразить деятельность, и создания интересного, привлекательного, ненавязчивого климата с положительным эффектом для больного;
- д) Принцип направленного наблюдения* предполагает организацию и проведение восстановительных мероприятий согласно строгим научным медицинским и психосоциальным критериям, роль направляющего занимает медик или команда терапевтов;
- е) Принцип функциональной нормальности* является целью восстановления, которое заключается в повторном приобретении утраченных навыков и способностей;

ж) Принцип адаптивной мобильности является принципом технико-методологического происхождения и состоит в разнообразии восстановительных методов на протяжении различных этапов терапевтического процесса;

з) Принцип планирования относится к средствам и этапам реабилитации больных;

и) Принцип программирования предполагает организацию ступенчатого процесса восстановительной программы, согласно её плану, в случае психических больных.

Любое мероприятие по реабилитации стремится к компенсации состояния *неполноценности*, улучшение состояния здоровья больного или неполноценного человека, его возвращение в семью, профессию, общество. Для достижения этих целей, восстановление больных или людей с ограниченными возможностями должно проводиться дифференцированно, в трёх направлениях: медицинское, профессиональное и социальное восстановление, так, как это представлено в нижеприведённой схеме.



**Методы восстановления.** Что касается методов восстановления психически больных, они являются многочисленными и разнообразными. В.Ж. Балтазар называет следующие методы восстановления:

а) Физическое восстановление, представляющее собой совокупность лечебных форм физической реадaptации (физическая, моторная или сенсорная неполноценность);

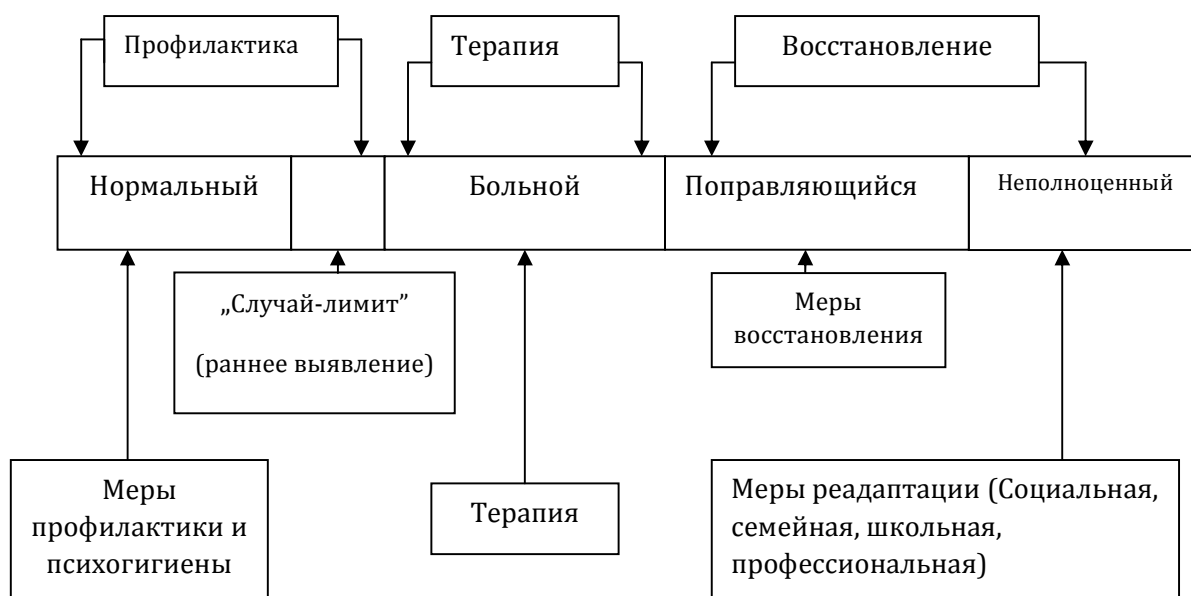
- b) Психическое восстановление, прежде всего, направлено на психически больных и состоит в создании благоприятного психологического климата и их вовлечение в лечение;
- c) Профессиональное восстановление, состоит в реадaptации неполноценности профессионального вида деятельности, адекватного типу неполноценности больного;
- d) Социальное восстановление, комплексное мероприятие, которое подразумевает семейную, школьно-профессиональную и социальную реадaptацию больного.

**Восстановительные мероприятия.** Цель восстановления достигается посредством практических восстановительных мер. Восстановление может происходить либо посредством режима межбольничной госпитализации, либо при помощи амбулаторного лечения психически больных. Восстановительные мероприятия доверяются команде терапевтов, специализированной в этой области.

Любая программа восстановления психически больных должна учитывать следующие типы задач:

- a) Главная задача: восстановление психического состояния больного;
- b) Общая задача: психиатрическое, профессиональное и социальное восстановление;
- c) Вторичная задача: снижение психической неполноценности, повторное приобретение способностей трудиться и социальная реадaptация.

Любое восстановление происходит в три этапа: профилактика, терапия и восстановление, так, как это показано в нижеприведённой схеме:



Из вышеприведённой схемы понятно, что любое восстановительное мероприятие должно организовываться и проводиться в соответствии с природой психического здоровья или психическим заболеванием человека, а также стадией клинической эволюции, на которой находится субъект.

**Программа реабилитации.** Меры по восстановлению психически больных и неполноценных людей проводятся согласно запланированному и организованному сценарию, в соответствии со строгой оздоровительной программой. Любая восстановительная программа для психически больных предполагает несколько задач и практических средств для её реализации. Целью программы является комплексное восстановление психически больных.

В следующей таблице, синтетически представлена программа восстановления.

Главная задача	Восстановление психического здоровья		
<b>Общая задача</b>	<b>Психиатрическое восстановление</b>	<b>Профессиональное восстановление</b>	<b>Социальное восстановление</b>
<b>Второстепенные задачи</b>	Снижение психической неполноценности	Повторное приобретение способности трудиться	Социальная реадaptация
<b>Средства достижения</b>	Психотропная терапия Психотерапия Амбулаторное наблюдение Курортно-санаторное лечение	Трудотерапия Эрготерапия Защищённая профессиональная деятельность	Групповая терапия Социотерапия Социальная помощь Семейный уход

Из таблицы приведённой выше можно прийти к выводу, что восстановление психически больных это очень трудоёмкий процесс. Он требует терпения, таланта, умений, богатого профессионального опыта и крайне важным является междисциплинарное сотрудничество. Восстановительные мероприятия могут проводиться только в соответствии с планом, в основе которого лежит программа мероприятий.

Любая восстановительная программа должна преследовать следующие задачи (Хл. Е. Канифф):

- обеспечивать и поддерживать восстановительные средства на высоком, качественном уровне;
- обеспечивать условия для восстановления всех типов неполноценности, во всех секторах населения и в любой ситуации,

которая может возникнуть в процессе (физическая, психическая, интеллектуальная и т.д.);

- предоставлять информацию о ценности процесса восстановления.

Мероприятие, запланированное в рамках восстановительной программы должно начинаться с психологического и психиатрического оценивания психической неполноценности для того, чтобы установить восстановительную программу, которая будет учитывать следующие аспекты:

- мотивация или желание пациента восстановиться;
- предшествующие синдромы физиологического или патологического происхождения;
- интеллектуальное развитие, способы общаться, сотрудничать, внимание, интересы, мышление;
- эмоционально-аффективное состояние, тип реакции;
- личность субъектов: общительность, деятельность, стремление, средства общения.

Процесс восстановления происходит в двух главных этапах:

1. *предварительный этап*, представленный медицинским и физическим восстановлением людей с неполноценностью;
2. *профессиональный этап*, представленный социальным и профессиональным восстановлением людей с неполноценностью; он состоит из следующих шести фаз:
  - а.** зачисление психически неполноценного человека в центр восстановления;
  - б.** установление связи между психически неполноценным человеком и социальным ассистентом, который направляет процесс восстановления, профессиональным консультантом и психологом; производится изучение «случая», профиля личности и её потребностей, после чего разрабатывается план восстановления;
  - в.** проводится медицинское обследование «случая», устанавливается причина и степень неполноценности, оцениваются потенциальные возможности, незатронутые патологическим процессом, возможность компенсировать утерянные способности, устанавливается необходимость определённого трудотерапевтического процесса;

г. применение специальных мер (медицинское лечение, индивидуальная или групповая психотерапия, профессиональное образование, физическое восстановление и т.д.) от «случая» к «случая»;

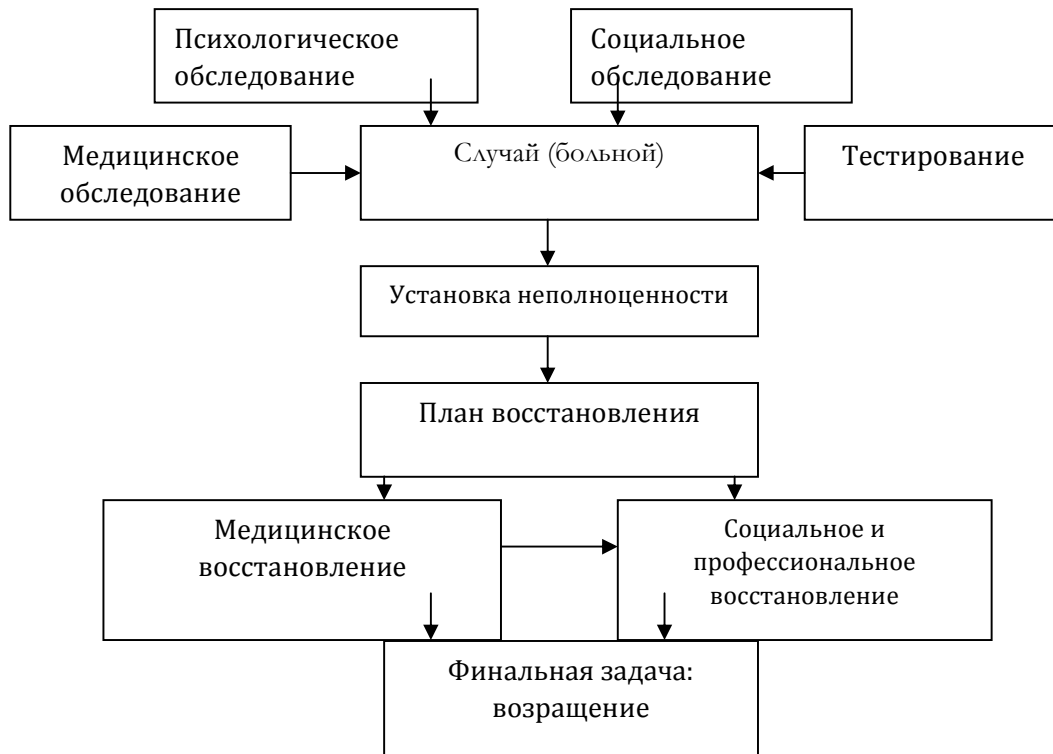
д. социальный ассистент направляет и поддерживает пациента на протяжении всего процесса восстановления, следя вместе с психологом, медиком, психопедагогом за применением и эффектами (результатами) восстановительных мероприятий;

е. следят за тем, чтобы на протяжении всего курса восстановления человек с ограниченными возможностями, становился уверенным в себе и развивался самостоятельно. Приобретаются новые психические, социальные и профессиональные навыки, для того, чтобы интегрировать в семью, общество, профессию.

Процесс восстановления должен проходить под руководством и присмотром комплексной терапевтической команды, специализирующейся в восстановительных мерах (М.А. Шэйдэнфилд). Команда должна состоять из:

- а) общей терапевтической команды, сформированной из медиков, медицинских ассистентов, физиотерапевтов, эрготерапевтов, социальных ассистентов, социологов;
- б) психиатрической команды, состоящей из: психолога, психиатра, психотерапевта, социолога, специалиста в трудотерапии;

Восстановительная деятельность терапевтической команды разворачивается в специализированных медико-социальных учреждениях: центрах психического здоровья, центрах восстановления, защищённого жилья, отделы повторного возвращения в общество в психиатрических больницах и т.д. Восстановительные мероприятия, роль команды терапевтов и её задачи представлены в таблице, приведённой ниже.



Деятельность команды терапевтов заключается в организации, проведении, применении и оценки плана восстановления психически больных или неполноценных клиентов, а также других категорий людей с отклонениями, как это можно увидеть в схеме, предложенной ниже. Важную роль играет точная фиксация задач, преследуемых программой восстановления, а также использование средств реализации поставленных задач. Необходима большая гибкость и мобильность к запросам «субъектов», особенностям их личностей и их возможностям. Отношение команды терапевтов должно быть реалистичным, адаптировать задачи к возможностям и требованиям «субъектов».

**Конечная цель восстановления** должна содержать следующих критерия:

- восстановление личности человека;
- приобретение уверенности в себе, надёжности и определённой степени независимости в отношениях с другими, семьёй и обществом;
- приобретение новой способности, интереса, который мотивирует больного и даёт положительный смысл его личной жизни;
- возобновление старых отношений и форм общения с миром, семьёй и социальной группой;
- вовлечение человека в полезную практическую деятельности;
- предоставление модели независимой и благородной жизни.



## Программа реабилитации людей с психическими расстройствами

Главная цель	Восстановление психического здоровья		
Общие цели	Психическое восстановление	Профессиональное восстановление	Социальное восстановление
Вторичные цели	Снижение психической неполноценности	Повторное приобретение способности трудиться	Социальная реадaptация
Средства достижения	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Психотропная терапия</li> <li>-психотерапия</li> <li>-Амбулаторное наблюдение</li> <li>-курортно-санаторное лечение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Трудотерапия</li> <li>-Эрготерапия</li> <li>-Защищённая профессиональная деятельность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Групповая терапия</li> <li>-Социотерапия</li> <li>-Социальная помощь</li> <li>-Забота семьи</li> </ul>

### 4.3. Особенности психического восстановления

**Восстановление при умственной отсталости.** Умственная неполноценность является не болезнью, а скорее недостатком, который является окончательным и необратимым состоянием человека.

Что касается восстановительного аспекта психической неполноценности, Г. Хайер отмечает следующие методы: медикаментозная, биологическая и химическая терапия; физиотерапевтические процедуры; неврологическая и нейрохирургическая терапия, методы психо-хирургии; психотерапия; терапия повторного обучения и

восстановления посредством социальной адаптации; повторное поведенческое обучение, повторное психомоторное обучение, медико-педагогические и профессиональные методы. Олигофрены могут выполнять организованную работу, они очень устойчивы к определенным видам труда и получают большое удовлетворение от выполненной работы. Поэтому результат их труда должен быть виден сразу.

**Восстановление в случае неврозов.** Невроз провоцируется психотравматическими факторами, которым способствуют соматогенные факторы, тип индивидуальной реакции, психическая структура личности больного, индивидуальная модель поведения, конфликт между стремлениями и личными возможностями больного, характером межличностных отношений.

В процессе клинической эволюции неврозов, психопатологические расстройства могут оказывать негативное влияние на способность больных трудиться, особенно в тех областях, где требуется умственная деятельность. Большинство авторов признают три степени неполноценности в случае неврозов: нулевая или лёгкая психическая неполноценность, в которой сохраняется возможность трудиться, либо она слегка снижена; средняя степень психической неполноценности, в которой способность трудиться снижена; выраженная психическая недостаточность, в которой способность больных трудиться полностью утеряна.

Лечение людей, страдающих неврозами, требует комплексных мер, в связи с чем, выделяют **три главных аспекта**. Клинико-психиатрические меры состоят в *психотропной терапии, в совокупности с групповой или индивидуальной терапией*.

Во-вторых, требуется организация определённых психопрофилактических мер для того, чтобы избежать ситуаций чрезмерной профессиональной нагрузки, конфликтных состояний, эмоционально-аффективного напряжения в семье, обществе, рабочем месте.

Другими формами терапии или восстановления больных, страдающих неврозами, является санаторное лечение, улучшение условий труда, улучшение условий жизни в семье и сообществе, возрождение веры в собственные силы, повторное приобретение чувства человеческого достоинства.

**Восстановление в случае эндогенных психозов.** Оценка состояния психической неполноценности состоит из следующих мероприятий: клинико-психиатрическое обследование, психологическое обследование, психодиагностика и медико-социальная анкета больного.

В случае эндогенных психозов, психическая неполноценность проявляется через серьёзное изменение человека и состоит в следующем: уход от реальности с изменением состояния сознания; появление важных изменений в восприятии (иллюзии, галлюцинации); расстройства мышления (навязчивые идеи); расстройства

деятельности и поведения (апатия, агрессия, суицид, убийство); аффективные изменения (эйфория, дистимия, паратимия, депрессия, меланхолия, тревожность).

Восстановление психически больных предполагает многочисленные аспекты:

- больничная терапия (психотропная терапия, игровая терапия, биотерапия, трудотерапия, эрготерапия) ;
- внебольничная, амбулаторная терапия, которая осуществляется в психических диспансерах или центрах психической гигиены;
- различные психопрофилактические меры, состоящие в защите этой категории психически больных;
- психосоциальные меры, предполагающие адаптацию пациентов в семье, в сообществе, в профессиональной среде;
- Медико-педагогические меры профессионального типа, направленные на то, чтобы вовлечь больного в полезную практическую деятельность, которая отражает их интересы, стимулирует их, удовлетворяет их и даёт возможность социальной реализации, обеспечивая их соответствующей материальной прибылью.

**Восстановление в случае психопатии и социопатии.** С психосоциальной точки зрения и с точки зрения аберрантного поведения, психопатия и социопатия являются родственными. Наблюдение и восстановление этих категорий людей входят в компетенцию психиатра и команды терапевтов, занимающихся психической гигиеной. Общество, через свои учреждения, будет морально и юридически санкционировать последствия действий психопатов и социопатов, в том случае, когда они носят антисоциальный характер. Тем не менее, поведение этих людей, являются компетенцией психиатра, которому помогают психолог и социальный ассистент.

Профилактические меры предполагают образование, присмотр и соответствующую адаптацию этих людей в социальную группу, семью или профессиональную сферу. Восстановление проводится при помощи психосоциальных, педагогических и профессиональных мер. Особую важность для успешного восстановления имеет отношение общества к этой категории людей. Особенно ценным является открытое отношение, основанное на внимательном наблюдении, подбадривании и поддержке. Рекомендуются виды деятельности, которые обезопасят пациента от эмоционального стресса, а также регулируемый режим труда.

**Психиатрическая реабилитация.** Пациенты, направленные в сообщества в 60-е и 70-е годы не нашли здесь ни поддержки ни услуг, необходимых для их адаптации в обществе. Их потребности, связанные с жильем, заработком, легкодоступной медицинской и психиатрической помощью, способностями вести быт, поддержкой в периоды кризиса, друзьями, очень редко были удовлетворительными, а амбулаторные клинические услуги имели очень

ограниченный эффект на эти важные области. Область психиатрического или (психосоциального) восстановления возникла из-за желания соответствовать этим потребностям.

Программы получили свое развитие намного раньше, поскольку специалисты осознавали тот факт, что обычное медицинское вмешательство является недостаточным для людей с серьезными психиатрическими заболеваниями. Эти программы искали развития неклинического подхода. Особый акцент ставился на социально-нормальную среду. Имена некоторых организаций, как, например, Fountain House, Horizon House и Thresholds отражает неформальную природу этих программ. Участники считаются членами, а не клиентами или пациентами, для того, чтобы выделить вклад каждого участника во внедрение этой программы. Главной задачей является хорошее ежедневное функционирование, с упором на собственные силы, а не на клинические симптомы.

Область психиатрической реабилитации получила развитие от нескольких изолированных программ, со временем превратившись в составную часть системы психического здравоохранения в США и Канаде. Сегодня подобные программы существуют по всему миру. Эта область была обогащена различными методами предоставления услуг, включая клубные программы, приятельские кружки, альтернативы, которыми управляют потребители услуг, программы высокого уровня ожиданий (high expectancy programs), общинная терапия, услуги реабилитации и ведение случая. Число американских учреждений, претендующих на предоставление услуг психиатрической реабилитации для людей с психиатрическими расстройствами выросло примерно с 1600 в 1990 до более чем 3000 в 1995. Поскольку системы услуг психического здоровья осознали необходимость этих программ, специалисты мобилизовались в этом направлении.

### ***Движение психиатрической реабилитации***

Движение психиатрической реабилитации зародилось в конце 40-х, начале 50-х, благодаря программам по предоставлению услуг для хронических психически больных. Эти программы искали альтернативу заключению в учреждения на долгий период и повторному помещению в больницу психически больных. Зачастую дизайн и практика этих программ развивались благодаря здравому смыслу, посредством экспериментирования типа «попытка и ошибка». Была разработана серия новых новаторских программ, но они были ограничены до 1970 года, когда де-институализация породила серию новых проблем.

В 1977 году американский правительственный департамент представил отчет, в котором описывал большое число пациентов, выписанных из государственных больниц, которые возвращаются в сообщества и нуждаются в помощи. Через некоторое время, Национальный Институт Психического Здоровья запустил программу Общинной Поддержки, которая призвала развивать систему общинной помощи для людей с психическими расстройствами. Трудотерапия и реабилитация стали приоритетами, а интерес к реабилитации возрос. Вскоре после 1980 года и,

особенно, в 1990, психическая реабилитация стала составной частью системы психиатрической помощи.

Данная область характеризуется широким разнообразием. Существует большое количество разнообразных программ, растёт разнообразие услуг. Обычно программа психической реабилитации предоставляет услуги людям с серьёзными психическими расстройствами, следует теоретическим принципам психиатрической реабилитации и предлагает пакет услуг с целью помочь людям с психическими расстройствами жить в сообществе. Эти услуги включают: тренировку способностей жить в сообществе, профессиональную реабилитацию, социальную реабилитацию, ведение случая. Ирвинг Рутман, один из пионеров в данной области, дал следующее определение:

Психосоциальная реабилитация относится к спектру программ для людей с хроническими психическими заболеваниями. Эти программы предназначены для того, чтобы возродить способности человека жить, работать, его социализацию и профессиональное развитие. Цель психиатрической реабилитации – повысить уровень качества жизни людей с психическими расстройствами, через предоставление им как можно большей ответственности, как можно более активного и независимого функционирования в обществе.

Основные услуги психосоциальной реабилитации, которые предоставляются как непрерывность, включают в себя: социализацию, развлечение, услуги профессионального восстановления, развития способностей для повседневной жизни в сообществе и ведение случая. Также, средства психосоциальной реабилитации могут предложить клиенту оценивание и мероприятия по планированию, образовательные программы, подготовку для защиты прав и интересов (advocacy) и личную и семейную поддержку.

Люди могут нуждаться в этих программах на короткий срок или на неопределённое время. Они предлагаются в контексте среды поддержки и подбадривания и в атмосфере, в которой упор делается на «человека», а не на «пациента», развивая чувство ответственности и ценности и способствуя вовлечению человека в процесс реабилитации. Услуги реабилитации находятся в тесной связи с другими институтами социального или психического здоровья. (Рутман, 1989)

**Принципы психиатрической реабилитации.** В строгом значении этого понятия, психиатрическая реабилитация в большей степени концентрируется на функциональности каждого человека и в меньшей степени на болезни. Её задачей является помочь каждому человеку, чтобы компенсировать недостатки, спровоцированные болезнью посредством развития способностей и созданием атмосферы поддержки. Очень часто человеку необходимо развивать и практиковать способности, чтобы жить в сообществе. Эти способности могут включать личную гигиену, уход по дому, ходьбу по улице, совместное пользование транспортом, социальные способности, решение проблем, профессиональные навыки и из других сфер жизни человека, страдающего психическим расстройством. Развитие

способностей в этих общинных мероприятиях легче всего достигнуть в «реальном» обществе. Чем больше мероприятия связаны с нормальной жизнью участников, тем более эффективным будет вмешательство.

Другой ключевой концепт реабилитации это предоставление возможностей и полномочий (*empowerment*) психически больному человеку. Большинство переживаний пациента, связанных с болезнью, ослабляют его. Чувство беспомощности и отсутствие надежды сопровождают психически больного на протяжении многих лет. В процессе реабилитации человек должен начать принимать решения, принимать ответственность, принимать риск и даже совершать ошибки. В рамках процесса предоставления полномочий, человек начинает строить нормальную жизнь.

Также были классифицированы принципы психиатрической реабилитации, которые включают:

- Убеждение, что существует потенциал к росту или изменениям даже у людей с самыми серьёзными расстройствами. Надежда - это необходимая составляющая психиатрической реабилитации.
- В центре психиатрической реабилитации стоит человек, как целое и не болезнь, согласно принципу «человек, а не пациент».
- Вмешиваться в поведение и функционирование, а не в симптом, согласно принципу „Улучшение здоровья, а не снижение симптомов”.
- Улучшение здоровья, а не снижение симптомов
- Расстояние между персоналом и клиентами уменьшается, для того чтобы установить рабочие партнёрские отношения между ними.
- Услуги психиатрической реабилитации направлены на практические и ежедневные потребности каждого человека.
- Все вмешательства основываются на принципе самоопределения клиента. Предпринимаются попытки вовлечь клиента/члена в активное участие в программе.
- Услуги психиатрической реабилитации предоставляют людям возможность как можно больше участвовать в нормальных ролях и отношениях в рамках сообщества.
- Избежание бесполезного помещения в больницу.
- Виды деятельности основаны на опыте;
- Вмешательства направлены на удовлетворение индивидуальных потребностей каждого человека.
- Программы психиатрической реабилитации развивают спортивные сообщества и/или сети по поддержке.
- Развитие способностей преодоления являются очень важной целью.

Этот перечень не является исчерпывающим, но многие из них, в общем смысле, объединяются. То есть многие из тех, кто поддерживает определённую модель или подход, будут согласны с тем, что существуют различия относительно приоритетов и подхода к определённым принципам.

**Практика психиатрической реабилитации.** Целью психиатрической реабилитации является научить людей компенсировать или устранять функциональные дефекты, межличностные барьеры, барьеры, спровоцированные их неполноценностью, а также возродить способности для того, чтобы вернуться к независимой жизни и вернуться в общество. Вмешательство помогает людям компенсировать негативное влияние симптомов болезни посредством развития способностей и техник управления и через создание атмосферы поддержки. Практики психиатрической реабилитации способствуют устранению последствий вторичных симптомов посредством возрождения чувства веры в себя и способности строить всё заново, делают акцент на хорошее состояние, а не на болезнь.

Мероприятия в рамках реабилитационной программы, целью которых является научить и привить новые способности управления, могут предлагаться и даже смешиваться с профессиональными, образовательными и социальными вмешательствами.

#### 4.4 Модели программ и практик реабилитации

Самые распространённые модели психиатрической реабилитации это *клубы (clubbouse)*. Первый клуб был создан в La Fountain House, Нью-Йорк, в конце 40-х. Программы клубов пытались развить интенциональное сообщество, у членов которого есть возможность участвовать в активных играх и управлении клуба, при поддержке и поощрении коллег и персонала. Участников считают членами (как и в любом обычном клубе) и они могут участвовать в любом мероприятии клуба, включая встречи с персоналом. В рамках клуба у каждого человека есть свои обязанности. Каждому человеку, желающему трудиться, независимого от его функционального уровня, предоставляется рабочее место с половиной нормы, то есть, так называемое, *переходное рабочее размещение*. Персонал и другие члены обеспечивают подготовку и поддержку. Другие члены клуба помогают найти квартиру коллегам, которые нуждаются в жилье. La Fountain House, обнаружил, что члены, которые регулярно принимают участие в программах реже нуждаются в повторной госпитализации, у них наблюдается высокий уровень функционирования в сообществе.

Национальная программа распространения клубов, разработанная учреждением Роберт Вуд Джонсон, представила стандарты для клубных программ. Эти стандарты отражают уникальные особенности этой модели. Члены, а не персонал оценивают свой уровень участия в программе. Не существует кабинетов для персонала и кабинетов для членов, что могло бы способствовать возникновению барьеров. У персонала всеобъемлющая роль и он, вместе с членами, вовлечён во все аспекты программ. Например, член персонала может помочь члену получить социальную помощь, получить помощь с места работы и быть ответственным за программирование мероприятий. Соотношение персонал/члены поддерживается на высоком уровне

преднамеренно, с целью более активного вовлечения членов в программы. Fountain House подготовил тысячи специалистов в клубной модели по всему миру.

**Модель утвердительной общинной терапии** бала описана, как психиатрическая реабилитация без стен. Клиент не приходит в учреждение, в котором предлагают услуги, а команда предлагает клиенту услуги общинной реабилитации. Первоначально эти модели были разработаны как способ предложения услуг клиентам, которые слабее поддавались существующим услугам. Штейн и Тест были первыми, кто разработал принципы этого подхода в Мэдисоне, Висконсине, США. Члены терапевтической команды посещают человека на рабочем месте, дома, ходят по магазинам, делают покупки вместе или встречаются в кафе. Используя такой командный подход, человек всегда уверен, что он может обратиться к знакомому человеку. Число контактов зависит от потребностей клиента в определенный момент. Программа Утвердительной Общинной Терапии продемонстрировала, что это является хорошей альтернативой госпитализации и является эффективной для помощи клиентам поддерживать стабильную адаптацию в сообществе.

**В модели, сосредоточенной на силовых линиях (strengths) ведения клиента**, каждый член имеет индивидуального координатора медицинских услуг. Программа более клинически ориентирована, по сравнению с Программой Утвердительной Общинной Терапии и более сконцентрирована на личных и социальных нуждах каждого клиента.

Движение потребителей привело к развитию альтернатив, установленных потребителями, альтернатив традиционным услугам психического здоровья. Эти программы базируются на предположении, что человек, переживший психическую болезнь и знающий систему услуг психического здоровья в качестве пациента, может помогать другим людям с психическими расстройствами. Зачастую, вышеописанные программы связаны с визитами в центр и социальные клубы, местами, где участники могут развить сеть заботы и завести друзей. Как правило, существует сильный аргумент в защиту программ, управляемых потребителями, которые доказали, что могут влиять более эффективно на систему здравоохранения, если действуют вместе. Поскольку только немногие потребители имеют специальную подготовку в данной области, лечение происходит в другой части, т.е. некоторые программы, управляемые потребителями нанимают собственную команду профессионалов.

Другой моделью, которая ставит упор на автономию потребителя, является **Приют Фэйрвезер (Fairweather Lodge)**. Джорж Фэйрвезер начал применять этот способ с целью помочь людям, которые возвращаются из больниц в сообщества. Первоначально в программе, группа людей с психиатрическими расстройствами жили вместе и устанавливали свои правила и ожидания



относительно себя. Группа участвовала в небольших делах, которыми управляли её члены. Чем разнороднее группа была, тем выше были её шансы на успех. Роль персонала заключалась только в поддержке и консультациях. Ответственность за решение проблем и установления целей принадлежала группе. Эти групповые программы дают возможность сформировать сплоченную группу, которая может хорошо функционировать в сообществе. Они смогли значительно снизить уровень госпитализации и повысить уровень вовлечения участников в трудовую деятельность.

Помимо вышеописанных моделей, существует большое количество альтернатив, которые предлагают специфические услуги, как, например, приём на работу с помощником, временный приём на работу, помощь с жильём и вспомогательное обучение. Цель каждого способа заключается в помощи человеку полностью интегрировать в сообщество, предоставляя необходимую помощь в общинной среде. Например, в случае **вспомогательных рабочих** мест, когда человек с серьёзной психической болезнью нанят на работу, как правило, на не полный рабочий день. Профессиональный консультант может работать наряду с клиентом, пока тот не научится, что нужно делать и как себя нужно вести. После того, как клиента знакомят с тем, что нужно делать, консультант уходит, только периодически навещая клиента на рабочем месте. Если потребуется, можно сделать помощь и наблюдение более интенсивными в определённые периоды (например, когда меняется начальник) или если симптомы усиливаются. Профессиональный ассистент, вместе с клиентом, занимается предоставлением и других услуг: медикаментозное лечение, транспорт, управление стрессовыми ситуациями и развитие социальных способностей.

**Результаты исследований в области реабилитации** Психиатрическая реабилитация является эффективной в снижении уровня госпитализации и росте уровня функционирования в сообществе. Тем не менее, очень немного известно относительно того, какие из огромного разнообразия методов и приёмов подходят определённому клиенту. Не существует методов оценивания относительно той или иной стратегии реабилитации, которая бы в большой степени влияла на определённого клиента. Тот факт, что эта область возникла совсем недавно, сложность реабилитационных вмешательств и поставленных задач, как и наличие проблем, возникших при проведении исследований по определённым видам услуг, которые не подходят под стандартные методологические условия, как, например, случайные клинические исследования, создают барьеры на пути исследований.

### **Тренировка социальных способностей (*Social Skills Training – SST*)**

Были приложены максимальные усилия для того, чтобы оценить эффективность этой техники. Исходя из нескольких исследований, можно сделать некоторые выводы и наблюдения. Прежде всего, тренировка социальных способностей может значительно улучшить некоторые специфические особенности поведения – например, визуальный контакт, тон голоса, устные команды и стратегии решения проблем. Это очень важный результат, потому что он демонстрирует, что дефицит социальных способностей людей с тяжёлыми психическими заболеваниями может быть исправлен. Интенсивная тренировка социальных способностей также улучшает клинико-эволюционный профиль пациентов, в случае симптомов и перепадов, также как и в случае социальных способностей. К тому же, существуют подтверждения долгосрочного благотворного влияния тренировки социальных способностей, даже если они недостаточно убедительны.

### **Профессиональная реабилитация (Vocational Rehabilitation - VR)**

Оценка эффективности профессиональной реабилитации является затруднительной, по причине разнообразия программ и их быстрой эволюции. В общем, число найма на работу среди людей с серьёзными психическими расстройствами снизилось на 25%. Это число не увеличилось за последние десять лет. Бонд и Бойер (1988) пересмотрели существующие оценки программ профессионального восстановления для людей с серьёзными психическими расстройствами и выяснили, что результаты являются не обнадеживающими. Из 31 изучения, 11 обнаружили эволюцию в данной области среди клиентов профессиональной реабилитации, 19 не показали ни какого изменения, а 1 случай показал негативный эффект данной практики. В этом анализе, программы профессиональной реабилитации, похоже, больше всего приносят пользу в сфере защищённой деятельности, т.е. пациенты хорошо эволюционировали, когда они были вовлечены в трудовую деятельность, но только если она была защищённой. Только один из 13 анализов, которые исследовали вовлечение в конкурентную трудовую деятельность, доказал преимущество профессиональной реабилитации, а из 9 исследований, которые анализировали показатель трудоустройства после программ профессиональной реабилитации, только три обнаружили преимущества. Трудоустройство является важным элементом эволюции психически больного человека. Развитие стратегий профессиональной реабилитации, оптимальной для клиентов, желающих работать, также является приоритетом.

**Жилищные услуги.** Подходящее жилище является неотъемлемым компонентом общинной помощи для людей с серьёзными психическими расстройствами, несмотря на то, что уровень жилищных опций в улучшении эволюционного профиля не высок. Изучение показало, что люди с

психическими расстройствами получили пользу от высокого уровня жизни, если они жили в частных квартирах или маленьких группах, по сравнению с теми, кто жил в защищённом жилье, типа общежитий или долгое время находились в больнице. Вместе с тем, на данный момент нет исследования с корректными данными, из которых можно было бы сделать точные выводы относительно оптимальных опций для определённого жилищного типа для людей с серьёзными психическими расстройствами. Необходимо сделать всё возможное, чтобы люди с серьёзными психическими расстройствами жили как можно менее ограниченно, учитывать их выбор и развивать более эффективные модели, чтобы связать этот вид услуг с другими услугами жилищного аспекта.

**Связи между клиническим и реабилитационным лечением.** Возможно, что самое важное заключение, извлечённое из специализированной литературы, относительно реабилитации заключается в том, что комбинация клинического и реабилитационного лечения является более эффективной, нежели каждое из них в отдельности. Самый хороший результат появляется при комбинировании медицинского лечения с семейным тренингом, что значительно снижает перепады во второй год наблюдения. Другим интересным аспектом, является то, что в случае пациентов, у которых не было рецидивов, и которые участвовали в семейных тренингах, эволюция в способностях трудиться лучше, по сравнению с теми пациентами, у которых не было рецидивов, но которые не участвовали в таких тренингах. 50% из тех, кто участвовал в семейных тренингах были наняты на работу в период наблюдения, в сравнении с 27% тех, кто не участвовал в таких тренингах. Несмотря на то, что это исследование необходимо сравнить с другими похожими исследованиями, оно полагает, что поддерживающая и доброжелательная обстановка (в этом случае семейная) может самым удивительным образом улучшить результаты реабилитации.

Обобщая вышесказанное, необходимо отметить, что стратегии реабилитации для людей с серьёзными психическими отклонениями показывают, что психиатрические вмешательства являются необходимым элементом лечения, хотя ещё неизвестно какое из психиатрических вмешательств будет оптимальным. Тем не менее, необходимо подчеркнуть, что комбинация между клинической терапией и психиатрической реабилитацией даёт самые лучшие результаты.

### Вопросы на повторение по Теме 4:



1. Как вы объясните понятие «неполноценность»? Охарактеризуйте типы неполноценности.
2. Проанализируйте путём сравнения процесс реабилитации (восстановления) психически больных и людей с ограниченными возможностями. В чём заключаются отличия и сходства?
3. Опишите модели известных программ и практик реабилитации.
4. Аргументируйте роль трудотерапии в психосоциальной и профессиональной реабилитации людей с различными категориями неполноценности.

### Индивидуальное изучение:

#### Анализ проблемы

Семья Ирины состоит из четырёх членов: папа Иван, работает котельщиком, мама Анна, продавец на рынке, сестра Екатерина, 12 лет, ученица и сама Ирина. Семья живёт в трёхкомнатном частном доме, условия жизни удовлетворительные. Ирине 10 лет, она общительный и смышленный ребёнок, но школу не посещает. Одной из причин является то, что из-за физической неполноценности она не может передвигаться самостоятельно, у неё нет инвалидной коляски. Родители предпочитают, чтобы она оставалась дома, потому что она не такая как другие дети, а когда ей нужно передвигаться её берут на руки.

#### Задание:

1. Определите видимые проблемы и те, которые могут появиться в данном случае.
2. Какие из основных потребностей Ирины остаются неудовлетворёнными?
3. Каким должен быть процесс реабилитации (восстановления) в котором срочно нуждается девочка?
4. Какие услуги помощи можно использовать в решении данного случая?
5. Определите роль трудотерапии в психосоциальной реабилитации Ирины.

## Тема 5. Менеджмент случая и индивидуализированная трудотерапия

5.1. Индивидуализированное оценивание и вмешательство. Менеджмент случая.

5.2. Индивидуальный план вмешательства для людей с расстройствами.

5.3. Рекомендации для начала процесса трудотерапии, сконцентрированной на людях с расстройствами

### Задачи:

- Понимать суть менеджмента случая.
- Объяснять роль и назначение менеджмента случая.
- Быть способным разработать план персонализированного вмешательства для людей с расстройствами.
- Аргументировать рекомендации для начала процесса трудотерапии, сконцентрированной на людях с расстройствами.
- Знать, как начинать процесс трудотерапии в зависимости от

**Ключевые понятия:** менеджмент случая, потребность в помощи/поддержке, социальное вмешательство, персонализированный план вмешательства (индивидуализированный план социальных услуг, индивидуальный план по уходу), навыки повседневной жизни, способность трудиться, способности к игре, сферы деятельности, в зависимости от физического недостатка

### **5.1. Индивидуальное оценивание и вмешательство. Менеджмент случая.**

Менеджмент случая представляет собой процесс координации услуг, оказываемых клиенту в социальной сфере. В сущности, он является набором логических шагов и процессом взаимодействия в рамках сети услуг, которые гарантируют бенефициарам предоставление необходимых услуг эффективно, действенно, экономически выгодно и обеспечивает их необходимой поддержкой.

**Что такое менеджмент случая?** В историческом контексте, менеджмент случая возник в связи с необходимостью обеспечить не только качество координации услуг, но и для эффективного и рентабельного оказания социальных услуг. Его основная цель заключается в оптимизации функционирования клиентов путем предоставления качественных услуг. Как и другие методы в практике социальной помощи, менеджмент случая включает:

- профессиональную подготовку,
- ценности,
- знания,
- теорию и
- Навыки, используемые для достижения целей, согласованных с клиентом и, при необходимости, с его семьей.

На практике, менеджмент случая является методом, с помощью которого, ключевые лица (заведующий личным делом) работают с клиентом и его семьей в рамках непрерывных отношений для разработки и внедрения индивидуального плана вмешательства (ИПВ), для обеспечения доступа к услугам, удовлетворения потребностей клиента и контроля предоставления услуг. Основная роль, возлагающаяся на заведующего личным делом, состоит в координации услуг, консультации и продвижении своего клиента

**Профессиональные роли и ценности заведующего личным делом.** Для того чтобы сделать из менеджмента случая эффективный метод, необходимо, чтобы заведующий личным делом брал на себя гораздо больше разнообразных **ролей**.

Заведующие личными делами, посредством всех заданий и мероприятий по предотвращению и/или специальной защите людей,

должны демонстрировать принятие **специфических профессиональных ценностей:**

- Постоянное личное и профессиональное развитие;
- Упор на способность, а не на неполноценность;
- Понимание собственной ценности и отношение к детям, семье, взрослым, практике обучения детей, этническим и культурным различиям, а также осведомленность о влиянии личных чувств на принятие профессиональных решений;
- Вера в способности людей к переменам и стремление большинства родителей быть хорошими родителями;
- Признание достоинства личности и её права на надлежащий уход в семье;
- Обязательство перед семьёй человека, которое считается очень важными при уходе и образовании;
- Обязательство продвигать и защищать права человека. Например, право на защиту от любых форм злоупотребления, пренебрежения и эксплуатации, право на обладание возможностями для здорового развития, постоянный и последовательный уход, право на участие в принятии решений, затрагивающих интересы этих людей, и право на конфиденциальность вероисповедания;
- Обязательство продвигать и поддерживать права родителей. Например, право быть надлежащим образом информированным о границах конфиденциальности в обстоятельствах, которые требуют вмешательства услуг по защите детей, права на неприкосновенность частной жизни, методы воспитания детей, возможность распоряжаться услугами и ресурсами, которые поддерживают родителей.

**Менеджмент случая** представляет собой рабочую стратегию, которая выполняет координацию / мониторинг всех услуг и профессиональных мероприятий, необходимых для решения конкретных задач клиента. Менеджмент случая является методом предоставления услуг, при помощи которого специалисты оценивают потребности клиента и его семьи, при непосредственном участии клиента, осуществляет координацию, контроль, оценку, мониторинг и поддержку клиентов для доступа к социальным услугам, которые отвечают этим потребностям.

## **Типы менеджмента случая**

**1. Менеджмент случая, сконцентрированный на ресурсах** - делает особый упор на управление ресурсами, особое внимание уделяя финансовым расходам и времени, необходимому для эффективного вмешательства. Обращаясь к социальным услугам, клиент уделяет особое внимание нехватке ресурсов и просьбе в помощи привлечения новых ресурсов, необходимых для удовлетворения определенных потребностей. Эта реальность, высказанная клиентом, является отправной точкой для оказания социальной помощи и невольно заставляет социального работника задуматься о ресурсах. Чтобы соответствовать запросам клиента, который желает получить больше ресурсов, социальный работник и клиент составляют инвентарь ресурсов, а затем, на основе имеющихся ресурсов, определяют потенциальные и необходимые задачи.

**2. Менеджмент случая, ориентированный на результаты**, основан на анализе возможностей и опасностей, которые грозят клиенту. Вмешательство ориентируется на ожидаемые результаты при работе с клиентом посредством установления измеримых целей и наблюдения за их достижением, используя все доступные ресурсы. Этот тип менеджмента случая исходит из того, что каждый клиент располагает определёнными ресурсами, но он не пользуется ими, потому что не знает о них. Вмешательство социального работника помогает клиенту распределять ресурсы, которыми он обладает и пользоваться ими в соответствии с установленными целями, для того, чтобы изменить свою ситуацию.

**3. Менеджмент случая, основанный на проблеме** – исходит из недостатков, проблем, с которыми сталкивается клиент и препятствий, которые мешают их преодолеть. Даже если говорят, что существуют формы вмешательств, ориентированные на решение проблем, их рассматривают сквозь призму дисфункций, как ответ на проблему. Данный метод начинается с анализа проблемы, ведётся наблюдение за снижением или устранением причин, которые спровоцировали её появление или снижение воздействия, которое она оказывает на клиента

**4. Оценочный менеджмент случая** исходит из того, что каждый пользователь социальных услуг имеет свои сильные стороны и способен использовать возможности, которыми они располагают. Оценочная перспектива ориентирована главным образом на снижение социальной уязвимости путем изменения системы взглядов клиентов социальных услуг и изменения перспективы восприятия реальности.

**Фундаментальный принцип менеджмента случаев** – установление связей между людьми и ресурсами системы социальных услуг, что делает её доступной и приспособленной к потребностям клиентов.



**Назначение заведующего личным делом.** Начиная с момента регистрации случая на уровне учреждения и осуществления первоначальной оценки, назначается заведующий личным делом, который будет отвечать за разработку и внедрение плана обслуживания / индивидуального плана защиты для бенефициаров

При назначении / выдвижении заведующего личным делом, руководство учреждения должно рассмотреть следующие аспекты:

- Число случаев, находящихся под его наблюдением;
- Сложность случая,
- Его опыт,
- Знание специалистом данной проблемы,
- Отношение специалиста с ребёнком и семьёй
- Сотрудничество с сетью услуг и учреждениями

**Случай может попасть в поле зрения учреждений, поставляющих медико-социальные, социальные услуги и услуги трудотерапии, в результате:**

- Прямого запроса семьи бенефициара;
- Жалобы со стороны образовательного учреждения;
- Жалобы со стороны медицинского учреждения;
- Жалобы со стороны общественных учреждений;
- Жалобы со стороны Отдела Социального Обеспечения и Защиты Семьи или людей, занимающихся предоставлением социальной помощи на уровне примарий;
- Жалобы со стороны физического лица;
- Трансфер, как следствие самовосприятия

**Обязанности заведующего личным делом:**

- Разработка и координация внедрения ИПВ как результат подробной оценки, проведенной членами междисциплинарной команды на уровне учреждения.
- Является основным партнером при обсуждении бенефициара относительно разработки и переоценки ИПВ, привлекая в эти мероприятия (по возможности) семью или других значимых для бенефициара людей.

- Ответственный за случай, регулирует отношения между бенефициаром и различными услугами доступными в сообществе, которые помогают клиенту стать независимым и ответственным
- Координирует работу команды, ответственной за случай, относительно проведения мероприятий, предусмотренных ИПВ, наблюдая за тем, чтобы они разворачивались согласно плану. С этой целью, ответственный за случай, проводит индивидуальные встречи со специалистами учреждения, участвующими во внедрении ИПВ или организует встречи со всеми членами команды (все специалисты, ответственные за внедрение ИПВ, сотрудники этого учреждения и / или внешние партнеры).

### **Этапы менеджмента случая**

#### **1. Идентификация клиентов, определение пригодности, первичные консультации**

- Собирается база данных о клиенте и его семейном положении; обрисовывается картина семейного положения и главных потребностей клиента.
- Начинается процесс консультации (устанавливаются соответствующие рабочие отношения, предоставляют помощь семье в процессе решения проблем, определяются ресурсы соответствующие потребностям бенефициара и его семьи).
- Формулируется запрос о помощи.

#### **2. Сбор, анализ данных и диагностика (анализ потребностей развития бенефициара, определение уровня функционирования семьи - родительские способности).**

- Комплексная оценка ребёнка, взрослого, семьи, окружающей среды посредством определения потребностей развития бенефициара (здоровье, образование, социализация, общение, оценивается история семьи, её динамика, слабые/сильные пункты семьи, а также системы поддержки)
- Анализ случая - обсуждение в рамках междисциплинарной команды и / или представителей других поставщиков услуг, определение приоритетных областей для вмешательства.

#### **3. Определение ресурсов вместе с клиентом и членами сети услуг, планирование услуг**

- Предложение помощи со стороны учреждения/организации и ведение переговоров
- Уточнение обязанностей в рамках сети услуг/ эскиз плана секторного вмешательства

#### 4. Внедрение плана услуг, координация и мониторинг его выполнения

- Редактирование и внедрение планов вмешательства и их гармонизация
- Оценка выполнения поставленных целей, установка новых целей, наблюдение

#### 5. Завершение плана услуг

- Обсуждение с семьёй и специалистами, которые внедряли план вмешательства
- Оценка качества услуг и предложения
- Мониторинг случая для предупреждения трудностей

##### **Компоненты планирования услуг**

- Определение проблемы
- Установка цели
- Установка целей
- Распределение обязанностей
- Оказание услуг и вмешательства
- Мониторинг индивидуальной программы вмешательства

**Определение проблемы.** Первый шаг в планировании услуг заключается в выявлении всех существующих проблем, которые испытывают бенефициары, принятые в учреждение в зависимости от степени *проницаемости*. Для установления цели планирования услуг необходимо выбрать основную проблему, решение которой изменит условия или критическую ситуацию бенефициара. Кроме того, перечисляются приоритеты, связанные с решением многочисленных проблем бенефициара и его семьи, проблемы, которые будут решаться постепенно.

**Установка цели.** Цель является базой планирования. Она отражает взаимосвязь между потребностями бенефициаров, услуг, которые может предложить учреждение и желание / возможность использовать услуги. Учитывая вышесказанное, цель представляет собой формулировку проблемы в русле, которое предлагает конкретное её решение. Существует целый ряд терапевтических преимуществ для бенефициара в период установления цели, например, такие как:

- Предлагает возможность для перемен;
- Демонстрирует существование решений для обнаруженных проблем;
- Предлагает возможности организации процесса общения между заведующим личным делом – ответственным за случай – другие специалисты и бенефициар (в некоторых случаях, семья);

- Предлагает структуру, которая позволяет развивать отношение специалист-клиент и помогает в её завершении;
- Снижение беспокойства, стресса и напряжения;
- Улучшение способности адаптации бенефициара к своим реальным потребностям;
- Помогает при классификации конфликтов, которые могут появиться во взаимоотношениях бенефициара и семьи.

**Установление целей.** Цели представляют собой специфические действия для достижения задач и должны отвечать на следующие вопросы:

Кто?	Человек ответственный за выполнение данной цели.
Что делает?	Обязанности
Когда?	Крайний срок и, в случае необходимости, частота
В каких условиях?	Указание условий
На каком минимальном уровне производительности?	Указание минимальной ожидаемой производительности
Как измеряется результат?	Измеренные результаты

Другими словами, цели должны быть: специфическими, измеримыми, реалистичными, гибкими и выполняться в назначенные сроки. Цели являются предметом обсуждения с бенефициаром (если позволяют его возраст и способность понимать) и формируют основу принятия ответственности лицами, вовлечёнными в достижение этих целей.

**Распределение обязанностей.** Все члены команды, которые внедряют ИПВ, работают в партнерстве, но каждый из них знает задания, за которые он несёт ответственность и которые он реализует. Распределение ролей и задач между членами команды на уровне учреждения является обязанностью координатора (например, составление и пересмотр карточек клиента). Координатор центра делает соответствующие рекомендации ответственному за случай относительно отбора членов команды (например, определяет нагрузку случаев).

Распределение ролей и задач между членами команды следует критерию компетенции, а именно, кто лучше всех может выполнить определённое задание. Обязанности устанавливаются в связи с решением специфической проблемы в рамках указанного периода времени. Таким образом, каждый член команды четко знает, какие задачи он должен выполнить, которые могут относиться к решению некоторых проблем, внедрению определённой программы, предоставлению услуг или даже специализированной терапии. Выполнение задач контролируется ответственным за дело.

Вместе с тем, ответственный за дело, постоянно принимает во внимание участие бенефициара во всех этапах внедрения ИПВ, включая распределение обязанностей. Ответственный за дело будет организовывать еженедельные встречи с бенефициаром, чтобы определить его текущие потребности, узнать

его мнении о реализации ИПВ и выяснить с какими трудностями он сталкивается. Проведённые мероприятия выполняются вместе с бенефициаром, а не вместо него (например, не находит рабочее место для него, а помогает ему найти работу). Участие бенефициара является крайне важным не только для приобретения независимости, но и для принятия всех вмешательств, в зависимости от ресурсов бенефициара, его потребностей и культурной специфики.

**Оказание услуг и вмешательства.** При оказании услуг принимают во внимание следующие аспекты:

- Уникальность
- Выражение чувств
- Эмпатия
- Принятие
- Необвинительные отношения
- Самостоятельность клиентов
- Конфиденциальность

**1. Уникальность** состоит в распознавании и понимании уникальных качеств каждой личности, отношениях между бенефициаром и его семьёй и в дифференцированном использовании принципов и методов оказания помощи бенефициару при просьбе о решении проблемы. Индивидуальность базируется на праве каждого человека восприниматься как человеческое существо, принимая во внимание личные различия и социальные и культурные характеристики.

**2. Выражение чувств.** Необходимо чтобы специалисты понимали свободное выражение чувств клиентов, особенно негативные чувства и эмоции. Таким образом, специалисты должны внимательно слушать, не обескураживая и не осуждая выражение этих чувств. Необходимо поощрять выражение чувств в терапевтических целях.

**3. Эмпатия** является способностью специалиста понимать значения чувств клиента и формулировать соответствующий ответ, без привлечения эмоций.

**4. Принятие** это способ работы, посредством которого специалист наблюдает, принимает и воспринимает клиентов, не только их сильные, но и слабые стороны, качества, чувства и поведение, которые могут быть положительными и отрицательными. В тоже время сохраняется личное достоинство и ценность. Принятие не означает одобрение неадекватного поведения. Цель принятия – терапевтическая.

**5. Необвинительное отношение** это качество профессиональных отношений между членами команды и бенефициаром. Оно исключает обвинение поведения клиентов в связи с определёнными проблемами или поступками.

**6. Самостоятельность клиентов** заключается в признании права и потребности клиентов к свободному выбору и принятию клиентами, осознанию последствия своих решений и поступков. Специалисты должны понимать, что

право клиентов на самостоятельность ограничено их способностями принимать конструктивные решения, действовать рационально, соблюдая закон и обеспечивая безопасность.

**7. Конфиденциальность** представляет безопасное хранение личной информации, связанной с бенефициаром, которая была получена в период профессионального взаимодействия с ним. Это основное право клиента и этическая обязанность специалиста. Тем не менее, это право не является абсолютным. Клиент должен быть проинформированным об аспектах, которые не могут оставаться конфиденциальными согласно закону или в случае вмешательства команды. При ситуации, когда происходит обмен информацией о клиенте, конфиденциальность относится ко всем участникам.

**Мониторинг плана индивидуального вмешательства.** Для того, чтобы услуги были эффективными, специалисты вовлекаются в длительный процесс постоянного оценивания, которое относится к проблемам бенефициара, собранной или полученной информации, принятым решениям и отмеченным прогрессам. Помощь бенефициару это процесс, который предполагает его участие в решении проблем, координации оказания услуг и оценки решений, по мере поступления новой информации в связи с данным случаем. Мониторинг **ИПВ** включает процесс сбора информации в связи с оказанием услуг для оценки прогрессов, связанных с целями программы и контрактом пребывания, заключённым между бенефициаром и учреждением.

Мониторинг **ИПВ** входит в ответственность заведующего делом. Процесс мониторинга состоит из:

- Проверки оказываются ли услуги в сроки, установленные **ИПВ**; эту информацию можно получить в коротких беседах и даже в телефонных разговорах или в письменном виде от ответственных лиц и/или от бенефициара;
- Своевременного обнаружения проблем, связанных с оказанием услуг или с участием бенефициара, для того, чтобы вводить необходимые изменения в **ИПВ**;
- Определение прогрессов, достигнутых бенефициаром или их отсутствие при выполнении задач, установленных в **ИПВ**;
- Завершением мониторинга может стать пересмотр **ИПВ**, в зависимости от эволюции случая;
- Оценка/ проверка того, как внедрение **ИПВ** помогает бенефициару достигнуть поставленных целей; оценка осуществляется при участии бенефициара и специалиста;
- Передача собранной информации участвующим и заинтересованным сторонам, а именно бенефициару, специалистам, поставщикам услуг;
- Обсуждение прогрессов с бенефициаром и их сравнение с ожиданиями, предусмотренными **ИПВ**;
- Организация и координация рабочих встреч команды;

- Хранение соответствующей информации относительно всех мероприятий, включая письменные отчёты, требуемые ответственными специалистами или участниками внедрения **ИПВ**;

В продолжении приведены некоторые аспекты, на которые нужно обратить внимание при мониторинге прогресса при внедрении **ИПВ**:

- Заведующий личным делом должен постоянно поддерживать связь с членами команды (не только в случае рабочих встреч) для того, чтобы удостовериться, что **ИПВ** работает и, что специалисты выполняют свои обязанности.
- Должен разговаривать с людьми, располагающими информацией важной для дела, но только получив согласие бенефициара и соблюдая конфиденциальность.
- Для того чтобы избежать кризисных ситуаций необходимо поддерживать постоянный контакт с бенефициаром. Таким образом, можно с точностью определить проблемы клиента.
- Если специалисты не выполняют заданий и не соблюдают установленные сроки, ответственный за случай должен выяснить барьеры и помочь в их преодолении.
- В ситуациях неудач или провалов при внедрении **ИПВ**, специалист не должен отчаиваться, а бенефициару необходимо помочь увидеть это, как ценный опыт.
- Цель «делится» на маленькие задачи, чтобы бенефициар получал услуги. Изначально очень большая цель может показаться настолько непреодолимой, что бенефициар может отказаться. Каждая цель должна быть реалистичной, достигаемой и измеримой.

## **5.2. План вмешательства для людей с ограниченными возможностями**

**Индивидуальный план вмешательства (индивидуальный план социальных услуг, индивидуальный план по уходу)** является одной из важнейших обязанностей заведующего делом. Персональный план вмешательства включает себя услуги, оказываемые человеку с дефектами для соблюдения правил и основных свобод, обеспечение нормальной жизни, как можно больше приближенной к жизни других членов сообщества. Достижение этих конечных целей предполагает мероприятия и услуги, направленные на снижение неблагоприятных влияний дефекта, компенсации её последствий и соответствующий уход; снижение зависимости бенефициара; поддержка автономии и независимой жизни.

**Автономия** означает способность/возможность самому удовлетворять свои основные потребности, независимость от постоянного руководства специалиста и осознание своих возможностей.

**Независимая жизнь** является ежедневным образом жизни человека, которые сам выполняет повседневные занятия, включая удовлетворение потребности взаимодействовать с другими и возможности самому вести свои финансовые дела.

**В законодательстве дано определение понятию зависимости. Под зависимостью понимается ситуация человека, который в результате потери автономии, по физической или психической причине, нуждается в помощи и/или уходе, чтобы выполнять ежедневные задания.**

Постепенное приобретение автономии и независимости человеком с ограниченными возможностями предполагает не только определённое качество жизни и услуг, а в первую очередь восстановление/реабилитацию.

Понятие восстановления/реабилитации определяется, как процесс предоставления инвалидам возможности достичь и поддерживать оптимальный функциональный, физический, сенсорный, интеллектуальный, психический и/или социальный уровень, оказывая помощь в получении большей степени независимости. Процесс восстановления включает широкую гамму базовых и общих мер и мероприятий, с хорошо определённой целью, например, профессиональная ориентация.

**Заведующий личным делом** это человек, который осознаёт общие конечные цели, на которые ориентированы социальные услуги в современном обществе на базе социальной философии прав человека (которая превышает традиционный концепт ухода, требующий большей медицинской помощи).

**Специфика подхода, ориентированная на определение потребностей и разработки ИПВ.** Разработка индивидуального проекта вмешательства является результатом комплексного процесса, основанного на:

- Информации относительно неполноценности, недостатка/инвалидности и специальных потребностей/нужд человека;
- Специфическом подходе, реализованном с четкой методологией для определения потребностей по уходу за человеком с ограниченными возможностями, установление специфических операционных целей и выбор необходимых социальных услуг.

Как понятие потребности по уходу/поддержке, так и индивидуальный план вмешательства отмечают новую модель подхода к решению проблем людей с ограниченными возможностями. Для заведующего личным делом важным является, чтобы все социальные работники осознавали, что **оценка потребностей по уходу** является процессом отличным от оценки человека с ограниченными возможностями и его специальных нужд/потребностей, который заканчивается получением точной информации необходимой для определения услуг и ИПВ.

Оценивание человека с ограниченными возможностями, проведённое медиком, психологом, социальным помощником, ведёт к описанию негативных влияний, дефектов и их последствий в различных сферах и аспектах психической жизни и к выявлению специальных нужд/потребностей человека. У людей с ограниченными возможностями такие же потребности, что и у любого человеческого существа: еда, любовь, принадлежность к определённой группе, информации, признание ценности того, что он делает, развлекательные мероприятия, секс, понимание, ограждение от боли, плохого и т.д. Потребности людей с ограниченными возможностями становятся



специальными, если они не удовлетворяются, в силу личных факторов и факторов, связанных с физической, социальной средой и средой отношений. Таким образом, оценка человека с ограниченными возможностями и оценка его потребностей включается в описание человека, в описание того, что он может сделать вместе с другими людьми, в описание его недостатков. Установление социальных услуг, ориентированных на общие конечные цели может проводиться в условиях установки поддержки/помощи.

Потребности человека с ограниченными возможностями, связанные с удовлетворением основных потребностей, психической деятельности (общение, игра, труд, обучение, творчество) и участие во всех сферах жизни, жизнь в собственном доме, образование, активная жизнь/профессиональная деятельность становятся **специальными**, если в окружении не существует соответствующей поддержки. Они требуют специальных подходов **в семье, образовании, труде и в проведении** досуга, для обеспечения полного участия и равноправия. Каждая **специальная потребность** человека с ограниченными возможностями взаимодействует с потребностью в поддержке (помощи).

**Необходимость поддержки/помощи относится к социальному вмешательству, Это просьба, адресованная обществу, сообществу.** Потребности в поддержке относятся к поддержке (помощи), в которой нуждается человек с ограниченными возможностями для того, чтобы вести нормальный образ жизни, как и другие члены сообщества. Выявление и оценивание потребностей в поддержке человека отличается от секторного и комплексного оценивания с целью определить инвалидность и установить её степень (то есть принимаются во внимание оценивание комиссии и личное дело человека). Человек с высокой степенью инвалидности может нуждаться в небольшой поддержке. Если общество обнаруживает потребность в поддержке и оказывает необходимую помощь для каждого человека посредством различных видов услуг, соблюдаются основные права человека. Во многих случаях люди с ограниченными возможностями не могут достигнуть высокого уровня автономии и независимости и не могут интегрироваться в общество, не из-за того, что у них есть неполноценность, а из-за барьеров, существующих в области, которые воздвигаются/устраняются услугами поддержки.

Заведующий личным делом должен сотрудничать с междисциплинарной командой для того, чтобы узнать результаты секторных оценок относительно человека с ограниченными возможностями и его специальные нужды/потребности, применять специфические методы для выяснения потребностей в поддержке и услуг, которые их удовлетворяют. При этом процессе необходимо учитывать тот факт, что:

- Человек с тем же типом и степенью инвалидности может иметь потребность в другой поддержке, нежели человек такого же возраста, пола, типа и степени инвалидности. Например, человек на инвалидной коляске, живущий один на четвёртом этаже многоквартирного дома, нуждается в гораздо большей помощи, чем человек с такой же проблемой, но который живёт в частном доме и в большой заботливой семье;
- Для установление потребностей в поддержке для автономии и социальной интеграции человека с ограниченными возможностями, необходимо определить, что этот человек может делать и зоны его прогресса и развития (например, новые навыки, которые он может развить);

## Методология оценивания потребностей в уходе

**Используемые методы и решённые проблемы.** Определение потребностей в уходе требует других методов и стратегий. Особенно важными являются: метод наблюдения – прямое, близкое, теплое и дружелюбное познание данного человека и реального контекста, в котором он живёт, от родственников, соседей, людей, играющих важную роль в жизни человека; метод «мозговой атаки» (brainstorming), проведённой вместе с командой, а также вместе с человеком с ограниченными возможностями и его близкими, чтобы как можно лучше определить потребности в поддержке и для установления приоритетов.

Определение потребностей в поддержке должно соблюдать несколько основных условий:

- Концентрироваться на данном человеке, его поведении, на соблюдении прав человека, понимании реальной ситуации, в которой находится человек; эти знания относятся к поведению и проявлениям человека в повседневной жизни, на основе образования, предыдущего развития и других факторов.
- Знать физическое пространство, в котором живёт человек, включая места, куда человек должен попасть для полноценного участия (школа, рабочее место, парк, и др.) и/или для того, чтобы получить права,
- Человек с ограниченными возможностями и контекст, в котором он живёт, должны рассматриваться и изучаться с различных перспектив; исследование с различных точек зрения, открывает потайные аспекты, которые трудно рассмотреть, но важные для качества жизни человека с ограниченными возможностями.
- Знать отношение и мировоззрение окружающих;
- Принимать во внимание тот факт, что человек с ограниченными возможностями может меняться и прогрессировать;
- Привлекать человека с ограниченными возможностями и его семью в качестве партнёров в настоящий процесс установления потребностей в поддержке;
- Обеспечить человека с ограниченными возможностями правом **делать выбор**; даже человек с серьёзными психическими и физическими расстройствами может делать выбор относительно его повседневной жизни (например, еда);
- Учитывать, **что может сделать и кем может стать в будущем** данный человек;
- Учитывать **принцип нормализации**; определение потребностей в поддержке ведет к выявлению большего числа категорий и альтернатив. Выбор альтернативы, приоритет альтернативы должны оказываться через призму нормальной жизни. Например, для человека, страдающего депрессией можно применять решения, основанные на нормальной жизни, для начала нужно помочь создать круг друзей, участвовать в деятельности дневного клуба, а не начинать с психотерапии. Не нужно забывать, что любовь является самым дешёвым ресурсом.
- Предложенная помощь должна быть **реалистичной**, предполагать **небольшой**, но важный шаг для качества жизни данного человека.
- Определять чёткие цели, ориентированные на результат, то есть на изменения, ожидаемые в результате оказания помощи/поддержки.

Определение потребностей в поддержке осуществляется после комплексного медицинского, психологического и социального обследования.

**С чего оно начинается?** Команда по определению потребностей в поддержке устанавливает связь с человеком с ограниченными возможностями, пытаясь познать его

в разных контекстах повседневной жизни, которые определяют уровень его зависимости. Возникает вопрос, почему сначала не читается и исследуется личное дело человека. Необходимо начать взаимодействие с пациентом непосредственно со встречи, поскольку факты, указанные в личном деле, могут повлиять на команду; некоторые характеристики могут не соответствовать реальности; у некоторых людей с ограниченными возможностями за короткий период времени могут быть отмечены значительные прогрессы; помощь должна оказываться, в зависимости от конкретной ситуации, в которой находится человек.

**Что необходимо при рассмотрении человека?** Чтобы определить потребности в поддержке необходимо **положительное восприятие человека с ограниченными возможностями**, выяснить то, что он может делать, его **сильные стороны**, то, что считается полезным и хорошим в этом методе. Необходимо точно узнать, что знает человек, вещи и задания, которые он полностью может выполнять и в каких условиях, что он может делать сам, чем ему нравится заниматься, что он осмеливается делать. Аспекты аффективной сферы также являются важными. При этом подходе рассматривается образ взаимодействия на протяжении большого отрезка времени, люди, с которыми ему больше всего нравится взаимодействовать, ситуации, в которых он чувствует себя комфортно, что он выбирает из многочисленных альтернатив, его ожидания, то, что он любит, и т.д. Когда человек воспринимается положительно, переходят на второй уровень: что он не может выполнять, коэффициент интеллекта, знания и опыт, которого у него нет, неспособность, спровоцированная дефектом или образованием, неудобства, которые он причиняет другим, из-за того, что тяжело передвигается, тяжёлого поведения и неясной речи. **Положительное восприятие означает ориентацию на будущее.**

**От кого получают информацию?** Прежде всего, в результате наблюдений членов команды, которая сотрудничает для того, чтобы установить взаимодействие: степень зависимости – уровень и тип помощи. Беседа, интервью **с человеком с ограниченными возможностями**, его вовлечение и мотивирование для **выбора** самого подходящего вида помощи является необходимым. Информацию получают от семьи, воспитателей, соседей, друзей, школы, персонала учреждения, учителей, классных руководителей, специалистов, которые знают ребёнка или взрослого (семейные медики, психологи, и др.)

Социальная анкета реализуется для того, чтобы поместить человека в естественную окружающую среду. Знание и интерпретация информации, указанной в личном деле сопоставляются с информацией, полученной от вышеперечисленных людей.

**Основные типы информации.** Информация демонстрирует то, что может сделать человек и предоставляет позитивные аспекты информации и поведений (в когнитивной, аффективной и психомоторной сферах). Информации об окружающей среде относятся к конкретному описанию жилья, транспортных средств, общественных образовательных учреждений. Также важно наметить существующие барьеры и способы их преодоления

Не меньшей важностью обладают соотношение факторов отношения в окружающей среде и описанием круга друзей и людей, с которыми он взаимодействует.

**Качество информации.** Необходимо, чтобы качество информации было таким, чтобы, специалистам не требовалось обрабатывать и интерпретировать её долго.

## Подход, ориентированный на разработку и развитие Индивидуального Плана Вмешательства

Заведующий личным делом сотрудничает с междисциплинарной командой для того, чтобы определить потребности в поддержке для бенефициара. Для большей части определения потребностей необходимо использование шкал поддержки, которые отражают иерархию поведения людей с ограниченными возможностями в различных сферах. Отметка позиции/поведения на шкале указывает следующую цель, которую нужно достигнуть посредством оказания поддержки и определённых услуг. При установлении потребностей в поддержке необходимо использовать различные шкалы, например, Шкалу Поддержки и Ухода или Шкалу для Оценки Потребностей в Поддержке – только часть из потребностей в поддержке (например, защита) может быть прямо определена специалистом (в нашем случае это медик).

- *Задачи плана индивидуального вмешательства*

Определение задач **ИПВ** является важной функцией заведующего делом. Операционные задачи **ИПВ** основанные на изменении/развитии наблюдаемых поведений человека с ограниченными возможностями необходимы, как для установления услуг, так и для общения между заведующим личным делом, специалистом, клиентом, его семьёй и их вовлечение во внедрение **ИПВ**.

**Как определяются задачи?** Определению задач предшествует широкое обсуждение потребностей в поддержке с человеком с ограниченными возможностями и людьми, приближёнными к нему. Человек сам отберёт из многочисленных альтернатив одну, подходящую для него. Иногда то, что команда считает подходящим для клиента, не может быть им приемлемо, а его чувства обязательно нужно учитывать.

Задачи устанавливаются и определяются таким образом, чтобы спровоцировать изменения в поведении человека с ограниченными возможностями, с уточнением необходимых условий и поддержки, а также минимально приемлемых прогрессов и компетенций.

Задачи должны соблюдать пять условий операционных целей, установленные наукой о менеджменте, то есть: быть специфичными (описывать изменения в поведении в одной отдельно взятой области, например мобильности); наблюдаемыми и измеримыми, предоставляя точный результат; реалистичными (быть оправданными и реализуемыми на практике), быть временно обусловленными.

- *Установление услуг поддержки*

Все предыдущие методы сходятся в определении услуг поддержки. При принятии во внимание и интерпретации всех информации заведующим личным делом и междисциплинарная команда сопоставляют потребности в поддержке с перечнем социальных услуг поддержки и отмечают необходимые услуги. У бенефициара есть свобода выбора, которая подтверждается его подписью.

Для каждой услуги будут определяться поставщики услуг. Тем не менее, есть услуги, которые могут быть оказаны семьёй или сообществом (волонтёры, церковь и др.) или при помощи финансовой поддержки частных спонсоров. Все вышперечисленные виды услуг должны быть определены так, чтобы клиент мог получить помощь от как можно большего количества необходимых услуг.

**Модель индивидуального плана вмешательства:**

I. У

**становление потребностей в поддержке**

***I.1. Конечные цели:***

I.1.1. Определение поддержки, в которой нуждается инвалид относительно:

- Обеспечения деятельности (в семье, вокруг дома, на рабочем месте) и его участия (в деятельности семьи, сообщества, досуга);
- Выполнение ролей, которые выполняют люди того же возраста, пола, из того же сообщества;
- Обеспечение качества жизни человека с ограниченными возможностями, максимально приближенной к жизни окружающих.

I.1. 2. Установление конечных целей Индивидуального Плана Вмешательства.

***I.2. Принципы, нормы***

I.2.1 Принципы относительно достоинства человека с ограниченными возможностями из законодательства о правах человека. Отчёт о Стандартах относительно Предоставления Возможностей для Людей с Ограниченными Возможностями.

I.2.2. Оценка потребностей в поддержке является процессом отличным от процесса оценки человека с ограниченными возможностями и осуществляется при помощи специфических методов и инструментов.

I.2.3. Оценка потребностей в поддержке относительно установления индивидуальной программы восстановления/реабилитации и социальной интеграции осуществляется только в условиях выявления возможностей/способностей (что может сделать человек) и возможностей к прогрессу.

I.2.4. Мнение человека с ограниченными возможностями и его семьи очень важно при определении потребностей в поддержке.

***Этапы:***

1. Знание личности человека с ограниченными возможностями (возраст, пол, образование, история болезни, доходы, степень инвалидности и др., его физической и семейной ситуации)
2. Деятельность по познанию поведений человека, его участие в различных сферах повседневной жизни. Для систематизации полученной

информации можно использовать лист с указанием необходимых адаптивных возможностей: „навыки повседневной жизни необходимые для жизни, труда и проявления в сообществе”:

- Общение;
- Уход за собой;
- Деятельность по дому;
- Социальные навыки;
- Здоровье и безопасность;
- самоуправление (соблюдение плана, поддержка мероприятий до их окончания);
- функциональные знания (письмо, чтение, функциональная математика);
- использование сообщества (транспортные средства) и труд (сохранение и получение рабочего места);
- экономическая независимость.

Используемые методы: наблюдение, беседа, интервью, спровоцированная деятельность и др. Для каждой сферы необходимо учитывать:

- адаптивные возможности;
- высокие адаптивные возможности и персональные способности;
- возможность прогрессировать и способности, которые можно развивать.
- Заполнение шкалы поддержки и ухода.
- Изучение результатов комплексного медицинского и психологического оценивания, проведённого специалистами (терапевт, медик, психолог, социальный помощник).
- Интерпретация результатов/ расположения на шкале поддержки через призму данных/информаций полученных в этапах 1,2 и 4.
- Перестановка позиций, указанных на шкале поддержки для того, чтобы определить сильные стороны/возможности человека.
- Проверка других факторов, которые могут повлиять на решение относительно конечных целей индивидуальной программы услуг возраст,

состав семьи, уровень образования, планы на будущее, отсутствие хронических болезней.

- Установление конечных целей Индивидуального Плана Вмешательства:
  - Определение конечных целей;
  - Переговоры с человеком с ограниченными возможностями и его согласие;
  - Переговоры с семьёй.

Конечные цели определяются в условиях ожидаемых изменений в деятельности, участии и качестве жизни человека с ограниченными возможностями.

## **II. Определение Индивидуального Плана Вмешательства**

II.1. Предложение вмешательства и услуг, необходимых для данного человека

- Услуги должны отвечать выявленным потребностям.
- Услуги должны отвечать установленным конечным целям.

В этапе II.1 обнаруживается совокупность вмешательств и услуг, которые соответствуют конечным целям и отвечают потребностям и пожеланиям бенефициара.

II.2. Оценка услуг, оказанных мульти-дисциплинарной командой, вместе с бенефициаром и его семьёй. Установка приоритетов при оказании услуг.

II.3. Оформление услуг, предложенных данному человеку, чтобы реализовать их в последующий период, через интервал, установленный командой.

### **Пример:**

*Для человека ПВ были получены следующие позиции в переустановленной шкале поддержки. На протяжении этапов было установлено, что ПВ нуждается в следующих базовых услугах: помощь при телесной гигиене, одевание-раздевание, покупки, бытовая деятельность, сопровождение в транспортном средстве, передвижение в сообществе. Согласно уровню образования, возраст 30 лет, QI –высокий, выяснилось, что он нуждается в поддержке по профессиональной интеграции и ориентации и/или поиске рабочего места. Медик решил, что ему нужен массаж и кинетотерапия. Другой человек, с такими же показателями на шкале С.О.С., 65 лет, семьи нет, имеет потребность при общении, то есть услуги, оказываемой в дневном центре для престарелых.*

## **III. Индивидуальный План Вмешательства**

- III.1. Конечные цели программы (Общие и частные цели)
- III.2. Типология/ Перечень необходимых услуг
- III.3. Еженедельная частота и дневная продолжительность поддержки/участия в каждом вмешательстве/услуге, предложенных для достижения конечных целей
- III.4. Социальные партнёры и специалисты, вовлечённые в каждое вмешательство/услугу в отдельности
- III.5. Окружение/учреждение, в котором оказывается каждая услуга и место
- III.6 Мероприятия необходимые для доступа/улучшения услуг
  - III.6.1. Работа с человеком с ограниченными возможностями
  - III.6.2. Работа с семьёй
  - III.6.3. Работа с местным сообществом (обеспечение доступом, транспортом)
  - III.6.4. Работа со специалистами, вовлечёнными в оказание услуг (принятие бенефициара, удобное планирование мероприятий, способы общения и контакта)
  - III.6.5. Работа с государственными учреждениями (создания новых услуг, защита прав и др.)

#### **IV. Внедрение программы**

- IV.1. Операционное определение каждого вмешательства/услуги (забота, терапия, советы) проведённого каждым специалистом, который работает с человеком
- IV.2. Определение ресурсов (материальных, финансовых, человеческих и информационных) необходимых для каждой услуги в отдельности
- IV.3. Определение содержания, форм организации, методов и средств вмешательства, проведённых каждым специалистом/социальным партнёром
- IV.4. Проведение мероприятий согласно плану программы
- IV.5. Мониторинг мероприятий по поддержке
- IV.6. Оценка результатов (навыки, приобретённые человеком с ограниченными возможностями в соответствии с ожидаемыми результатами) каждой услуги в отдельности



#### IV.7. Предложения

### **5.3. Рекомендации для начала процесса трудотерапии, сконцентрированной на человеке с нарушением функций**

Проведение процесса трудотерапии, сконцентрированной на человеке с нарушением функций, состоит из вмешательства специалиста **в три фундаментальные области:**

- Формирование навыков повседневной жизни;
- Развитие способностей трудиться
- Развитие способностей к игре и другим способам проведения свободного времени.

Посредством мероприятий, организованных в рамках этих трёх фундаментальных областей, просматривается развитие личности под сенсорным, моторным, когнитивным и психосоциальным аспектами. Дисфункции определяют возникновение некоторых дефицитов в функционировании личности, что требует вмешательства с использованием методов трудотерапии для того, чтобы максимально восстановить уровень функционирования личности.

Относительно этого аспекта, Эмиль Верза отмечал, что «существуют разные типы трудотерапии, но для людей с дисфункциями самыми значительными являются терапия игрой, терапия музыкой, терапия танцем и эрготерапия».

#### **Трудотерапия для людей с дисфункциями (согласно Э. Верза):**

- **Терапия игрой;**
- **Мелотерапия;**
- **Терапия танцем;**
- **Эрготерапия;**

Получается, что организация процесса трудотерапии имеет одну специфичную черту. При организации восстановительных мероприятий в образовательном аспекте, трудотерапевт должен выполнять многочисленные роли, которые зависят от типа учреждения, в котором он работает и категории дисфункции клиента.

В детских садах, специализированных школах и дневных центрах, воспитатель или терапевт, объектом деятельности которого являются дисциплины трудотерапии, должен поддерживать постоянную связь с другими специалистами из учреждения: психодиагностики, логопеды, учителя физической культуры и социальные помощники. Это необходимо, потому что

мероприятия, которые они проводят, способствуют достижению некоторых восстановительных задач, общих с другими специалистами. Например, посредством упражнений по ручному труду, он параллельно способствует развитию моторики ребёнка. Этот аспект постоянно находится в компетенции учителя физической культуры и логопеда. Также, посредством планирования мероприятий повседневной жизни, он способствует стимуляции общения и личности, в совокупности, данный аспект находится в сфере деятельности логопеда и школьного психолога.

К сожалению, в нашей стране, в некоторых случаях, выполнение некоторых обязанностей, которые полагаются трудотерапевту, ограничено тяжёлым материальным положением некоторых типов учреждений. Вместе со всеми улучшениями, появившимися в переходный период, всё ещё чувствуется острая необходимость в хороших помещениях и в организации качественных мероприятий трудотерапии. К наличию этих негативных факторов добавляется отсутствие квалифицированного персонала в данной области, что снижает качество восстановительного процесса в учреждении.

Организация процесса трудотерапии должна учитывать тип дисфункции, которому она адресуется или, другими словами, категории специальных требований, которые должны быть удовлетворены.

**Сферы деятельности в зависимости от дисфункции.** Для организации процедур эффективного восстановления, терапевт, воспитатель или учитель, должен, прежде всего, знать главные характеристики окружения, в которой должен жить ребёнок.

Различные потребности физической, социальной и культурной среды налагают на терапевта преодоление определённых барьеров или препятствий, которые разграничиваются типом дисфункции ребёнка. Таким образом, в случае людей с психическими расстройствами, в первую очередь, ставится вопрос об их интеграции в общество посредством формирования соответствующих навыков повседневной жизни. Уровень полученных способностей зависит от степени их психической отсталости.

У людей с сенсорными дисфункциями, первенство остаётся за формированием способностей, связанных с ростом личной автономии. Это достигается посредством развития общения, мобильности и пространственной ориентации.

У людей с физическими дисфункциями, особенно у тех, у кого она является результатом несчастного случая, встаёт вопрос о преодолении психической травмы, которая появляется в результате длительной изоляции из общественной деятельности, на уровне групп учеников. Люди с врождённой физической дисфункцией должны быть ознакомлены с использованием

протезов, устройствами, помогающими передвигаться, специально приспособленным оборудованием, которое обеспечивает соответствующую интеграцию в общество. У всех категорий детей с дисфункциями, особенно важной является трудовая деятельность, хорошо подобранная и способствующая их будущему профессиональному взрослению.

Кроме этого, особенную важность представляет организация развлекательных мероприятий, в зависимости от возможностей ребёнка. Терапевт или воспитатель должен внимательно подходить к организации определённых мероприятий досуга, учитывая тип дисфункции ребёнка, с которым он работает. Например, в случае игровой деятельности, с детьми с психическими расстройствами, которые «не знают, как играть», специалисты главным образом будут заниматься прямой организацией и проведением игры. Если работа ведётся с людьми с сенсорными и физическими дисфункциями, основное занятие связано с отбором самых подходящих мероприятий для детей, в котором они могут достигнуть успехов, которое способствует развитию веры в собственные силы и получению высоких навыков.

Особенно важной является проблема выбора оборудования, которая требует от специалиста большого воображения относительно проектирования некоторых приборов и оборудования, приспособленных к нуждам ребёнка. Каждый ребёнок с отклонением имеет определённые специальные потребности, которые должны быть установлены перед приспособлением или конструкцией соответствующего прибора.

Специалисты рекомендуют огромное количество приспособлений, которые можно использовать при работе с детьми с физическими, сенсорными и психическими дисфункциями. В нашей стране, в условиях невозможности их коммерческого приобретения, мы рекомендуем изготовление адаптированных приспособлений самим специалистом. При этом он должен принимать во внимание задачи комплексной интегрированной терапии, чему она предназначена. В случае если в продаже имеются похожие материалы, необходимо принимать во внимание их стоимость и время, требуемое для изготовления.

Выбор оборудования, по мнению Виларда и Хопкинса, необходимо делать в соответствии с потребностями субъекта, принимая во внимание и другие аспекты физической характеристики: материал, из которого оно изготовлено, вес, гибкость, цвет и возможность быть приспособленным для субъекта. В общем, приспособления оборудования и приборов необходимо изготавливать из стойких материалов, пригодных для интенсивного и долгого использования.

В случае детей с дисфункциями, Хопкинс рекомендует использование приборов, если выявляются расстройства в координации движений или

способности брать и собирать. Поэтому, утверждает автор, одним из первых заданий, которое должен выполнить терапевт, это анализ движений. Таким образом, воспитатель сможет проанализировать границы физических возможностей ребёнка и установить тип необходимого адаптированного оборудования.

Такими адаптированными приборами могут, например, быть удлинители для карандаша, если у ребёнка наблюдается нарушение мелкой моторики.

Для детей с нарушением более широкой моторики можно установить дополнительную деревянную ручку, которая поможет им брать предметы, как, например, тарелки, в процессе самообслуживания.

Для детей с расстройствами координации движения рекомендуется заменить пуговицы на одежде заклёпками, а вместо шнурков можно использовать обувь с пряжками.

Все эти изменения направлены на то, чтобы ребёнок с успехом выполнял определённые действия по уходу за собой и приобрёл уверенность в собственных силах.

В случае гиперкинетичных детей, характеризуемых постоянным психомоторным беспокойством, независимо от типа их дисфункции, рекомендуется их защита при помощи специальных головных уборов, чтобы избежать несчастных случаев.

У всех категорий детей с дисфункциями, планирование мероприятий должно учитывать специфику их возраста, на который накладывается и характеристики, спровоцированные типом дисфункции.

**Планирование программ в зависимости от возраста.** Программы трудотерапии необходимо структурировать в соответствии с возрастом клиентов, которым они адресованы.

Таким образом, в **дошкольном периоде** рекомендуется оказывать особое внимание аспектам, связанным с:

- Первичным оцениванием и стимуляцией развития психических функций и процессов, находящихся в процессе формирования у ребёнка;
- Использованием игровой деятельности для стимуляции личности ребёнка, в её совокупности;
- Формированием представления о себе и стимуляция мотивации для разных формирующих видов деятельности.

В **раннем школьном возрасте** продолжиться постоянное оценивание способностей ребёнка, при постоянной его стимуляции к развитию. Особое

внимание необходимо уделить помещению ребёнка в окружение, соответствующее его когнитивным возможностям и типу дисфункции.

Деятельность трудотерапевта, главным образом, будет связана со следующими аспектами:

- Улучшение мелкой и общей моторики, упор делается на формирование правильной моторики, необходимой для этого возраста;
- Формирование навыков повседневной жизни, которые способствуют интеграции в окружающую среду;
- Стимуляция когнитивного развития в своей совокупности

**В подростковом возрасте** необходимо перенести акцент на оценивание профессиональных способностей личности. Особое внимание будет уделяться организации мероприятий на оттачивание навыков повседневной жизни и сексуальному воспитанию.

**Во взрослом возрасте** главным занятием трудотерапевта является структурирование привычек, необходимых для жизни в сообществе, с упором на формировании адекватного социального поведения, основанного на ответственности и рациональным распределением собственного бюджета. Будут развиваться навыки и способности для эффективного ведения хозяйства, подготовке к супружеству и семейной жизни.

**В старости**, когда регрессируют психические функции и процессы, терапевт должен ориентировать свою деятельность на восстановление разрушающихся навыков и способностей и их поддержание на оптимальном уровне функционирования.

**Выбор процедур.** Главным для выбора самой подходящей восстановительной процедуры, С. Ионеску считает специфику клиента, что, прежде всего, включает *«глубокое знание случая и предшествующей эволюции»*. Затем, в течение терапевтического процесса, важным является *„адаптация к эволюции субъекта, которая определяет изменения в рассмотрении и применении доступных техник“*.

Другим аспектом, который влияет на терапевтическое вмешательство, является качество оценивания всего процесса. Также, для всех категорий людей с ограниченными возможностями встает вопрос о начале эффективного сотрудничества с их семьями. Для успешного разрешения этой проблемы, воспитатель, трансформированный в трудотерапевта, должен стать хорошим советчиком для семьи. Главной задачей его деятельности, как советчика, является советы по соответствующей интеграции личности в сообщество. Для достижения этой цели, необходимо, чтобы социальный помощник (эрготерапевт, заведующий личным делом) глубоко проанализировал социальную и семейную среду, в которой развивался ребёнок. После этого устанавливаются приоритетные навыки, которые нужно развить, чтобы интегрировать в общество. Впоследствии,

терапевт может рекомендовать выполнение специальных упражнений, необходимых для консолидации этих привычек. Данные мероприятия, в форме упражнений, можно выполнять дома, при поддержке семьи или других категорий людей, способных оказать помощь.

Во многих развитых странах существуют и другие альтернативы для восстановительных мероприятий. Самыми известными являются: **дневные центры, защищённое жильё и сообщество или сёла для людей с ограниченными возможностями.**

Учитывая условия в нашей стране, решения, которые могут быть приняты для выполнения некоторых важных мероприятий для консолидации навыков клиента, заключаются в его участии в продолжительных индивидуальных видах деятельности и привлечении как можно большего числа специалистов, чтобы обеспечить междисциплинарный подход.

В заключение, необходимо отметить, что в данный момент в нашей стране мы пытаемся повысить значимость роли трудотерапии при лечении людей с ограниченными возможностями. Мы уверены, что посредством недавно одобренных новых законодательных проектов и при ориентации к новым стратегиям в сфере специального обучения, наша страна вскоре окажется в числе стран с развитой системой услуг терапии для людей со специальными потребностями.

### **Вопросы на повторение по Теме 5:**



1. Как объяснить понятие индивидуальное вмешательство?
2. Выявите суть ведения клиентов. Дайте аргументы его значимости для индивидуального вмешательства.
3. Проанализируйте требования к разработке индивидуального плана вмешательства для людей с ограниченными возможностями.
4. Опишите рекомендации для начала процесса трудотерапии, сконцентрированной на людях с ограниченными возможностями. Что нужно учитывать в зависимости от возраста? Какие требования выдвигаются в зависимости от типа дисфункции?
5. Аргументируйте роль трудотерапии во внедрении индивидуального плана вмешательства

## Тема 6. Прикладная трудотерапия

- 6.1. Терапия игрой
- 6.2. Мелотерапия
- 6.3. Терапия танцами
- 6.4. Терапия искусством

### Задачи:

- Знать суть прикладной трудотерапии
- Объяснить суть терапии игрой и её роль в психосоциальной реабилитации человека
- Знать и применять мелотерапию при работе с разными категориями бенефициаров
- **Индивидуальное изучение:**
  - Определять и объяснять компоненты терапии искусством
    1. Проведите индивидуальное изучение психосоциальной ситуации человека с ограниченными возможностями. Разработайте индивидуальный план вмешательства для данного человека. Аргументируйте типы мероприятий, включённые в индивидуальный план вмешательства.
    2. Ивану 27 лет и у него серьёзное расстройство слуха. Каковыми будут рекомендации для начала процесса трудотерапии для Ивана?

**Ключевые понятия:** терапия игрой, мелотерапия, терапия танцами, терапия искусством

## 6.1 Терапия игрой

**Игра в процессе лечения.** Для людей с психическими расстройствами игра остается постоянной формой лечебного процесса, потому что этот способ объединяет в себе стимул – усилие – ответ - изменение. Изучение внутренних механизмов игры может внести огромный вклад в теорию восстановительной терапии. Диэнс, открывший значимость игры, как формы обучения, выделял три категории форм:

### 1. Форма исследовательской и манипуляционной игры-обучения.

С точки зрения игры, исследование посредством манипуляции, является аморфной формой. Объекты окружающей среды являются самым важным источником стимуляции. На протяжении всего детства этот источник сопрягается с высокой степенью разнородности и хаотичности (дезорганизации). Психическая организация человека является результатом тренировки, которую выполняет ребёнок, организуя стимулы. Организация стимулов проходит через многочисленные фазы.

*Принятие - распознавание степени стимуляции задач.* Мы уже выявили формы сенсорного восприятия и остановились на механизмах распознавания. Механизмы распознавания это нервные структурирования, основанные на когнитивной деятельности, на базе предметных отношений. Ориентация в пространстве (трёхмерная) является результатом психического, моторного, визуального, слухового и других взаимодействий, опыта взаимодействия с объектами. Для существования классификатора распознаваний, должны существовать элементы, которые определяют в нервной системе этот классификатор.

Опыт простого манипулирования, трясения, встряхивания, распределения и организации предметов является деятельностью распознавания и организации потенциальных стимуляторов вещей и является частью процесса обучение-развитие.

Выяснилось, что в определённом возрасте (после 7 лет) дети с психическими расстройствами не могут отличать формы, размеры. Конечно, расстройство психической организации провоцирует изменение в познании, но не менее правильным является то, что первичные явления игры-обучения отсутствуют у людей с дисфункциями, поскольку у них нет долгих занятий по исследованию-манипуляции предметов.

*Определение предметов по некоторым характеристикам* получается только в рамках этого типа игры-обучения. Когда ребёнок ставит рядом три красных



кубика, а с другой стороны пять белых цилиндров, он, по меньшей мере, выполняет три типа дифференциации: между размером (объёмом), формой и цветом. Если посредством этого простого действия, будет установлено, что возможна постоянная смена цветов и размеров, а форма остаётся постоянной, ребёнок начнёт оперировать различиями, что является базовым для будущих знаний.

*Определение согласно идентичности предметов* и действий их манипуляций устанавливается как операция познания посредством обучения-игры. В механизме распознавания важную роль играет идентичность предметов в сознании человека. Манипуляция предметами определяет механизм установления различия «я – мир». Идентичность предметов ведёт к формированию биофизической идентичности самого человека.

Объект, с которым работают, после того как с ним работали при помощи рук, различается медленно, медленно пока его не станут противопоставлять телу. Оно является самым большим различием между объектами мира: объекты, с одной стороны, я – с другой стороны. Это различие лежит в основе всех классификаций.

Ссылаясь на вышеупомянутые характеристики этапа игра-обучение, типа исследование-манипуляция, можно отметить несколько наблюдений. Этот тип игры-обучения продолжает формы латентного обучения, создавая более сложные структуры. Он является частью продолжительного процесса обучения, и его отсутствие ведёт к серьёзным расстройствам познания. Соотнесённый с категориями психических расстройств, выясняется, что этот тип игры-обучения не был включён в соответствующий интервал. Любая попытка обучения и терапии, которая не проходит через этот этап, не может стать эффективной.

Кроме элементов познания необходимо отметить элементы усилия и мотивации. Система усилия является результатом предметных отношений и изучается через изучение. Постепенно, она формируется как потенциальная мотивационная энергия для исследования и познания. Мотивационный аспект является таким же важным, как и когнитивный, и представляет собой механизм, сформированный из этого уровня изучения.

**2. Вторая форма организации обучения игра-терапия** является тем, Дэйне называет репрезентативной игрой.

Если ребёнок играет «в поезд», это означает несколько вещей. Во-первых, функциональное знание предмета, называемого «поезд» - то есть конкретной реальности. Во-вторых, это предполагает, что у ребёнка сформировалось психическое пространство, которое содержит не только копии реальных картинок, но и картинки, представленные типом психической организации. В-третьих, демонстрируется наличие механизма переключения от психической реальности, результатом которого является обучение.

Этот механизм переключения является, по сути, семиотической функцией и выражает уровень психической организации. Первые формы обучения являются формами сути и большей частью они неясны, без высокой степени дифференциации. С этого уровня начинается деятельность обучения, которая основывается на символах, а не на обобщениях конкретной собранной информации.

Мы считаем, что это является первым различием между психической организацией нормального человека и человека с расстройствами. Формирование символов, феномен, продемонстрированный Ж. Пиажет, имеет огромное значение в психической эволюции ребёнка. Литература, посвящённая проблеме психически больных, очень бедна в такого рода изучениях.

В механизме обучения психически больного нужна система специфической тренировки для формирования и развития символов. Из-за биологических границ психически больного, получить высокие структуры символов не удастся, но можно сформировать базовый механизм обучения.

3. **Третий тип игры-обучения** связан с правилами. Первые правила состоят из схожести, различия, последовательности, расположении в пространстве. Любой ребёнок с нормальной психической организацией, играя с предметами «открывает» эти внутренние связи, которые соответствуют некоторым представлениям или понятиям. Реальность организуется посредством классификаций, группировок и т.д.

Вмешательство в психическую организацию «наводит порядок» в хаотичной реальности посредством установки определённых категорий: род, вид, класс и т.д., результаты опыта взаимодействия с предметами и системой логических и социальных ссылок (язык, процесс обучения и т.д.). Второй серией правил является способ использования и реструктурирования реальности.

**Игра-обучение** в современном восприятии отличается от термина, используемого в педагогике дидактической игры (которое, по сути, является разновидностью игры), которая сводит игровую деятельность к консолидации, уточнению и проверке переданных знаний.

Современные изучения сконцентрированы на интеллектуальном смысле. Игра рассматривается как действие познания, организации знаний. Специальные организации работают над проблемой игры, например, Международный Совет по Детским Играм (США) (International Council or Children 's Play) с многочисленными филиалами, среди которых можно отметить: „Французскую Ассоциацию. для Обучения посредством Игры" (основанное в 1970) или эксперименты проводимые в школах, например, школа «Декроли» („Decroly"), Сэйт-Манде, Бельгия, признавала за игрой фундаментальную значимость. Игра становилась «Центром интересов». Согласно этой точке зрения, любую игровую ситуацию необходимо переводить в ситуацию обучения когнитивным, поведенческим и другим моделям.

Новое восприятие игры находит своё отражение во всей методологии специального обучения, с прямым вмешательством в формирование пирамиды основных моделей обучения, предназначенных людям с психическими расстройствами.

Если игра обладает движущей силой в развитии личности психически больного человека, утверждение игра-образование необходимо дополнить **игрой-терапией**. Игра является обучением и восстанавливающей терапией. Немедленный предмет игры – образовательный, а финальный – терапевтический, улучшение первичного расстройства психически больного, его когнитивная зрелость. Игра представляет собой форму психотерапии, которая осуществляется образовательными методами и процедурами. Терапевтическое воздействие школьных программ, разработанных для этой категории людей, ориентируется на восстановление психически больного в пределах возможного.

Схемы, выполняемые во время игры это схемы, на которых основываются структуры и функции личности. Нас интересует степень организации личности, которую образует игра, начиная со сферы действия (функциональные игры) и заканчивая логическими категориями и структурами личности; игровая деятельность и психомоторное поведение; игровая деятельность и психическая организация, игровая деятельность и организация аффективно-мотивационных процессов, игровая деятельность и организация мыслительных структур личности.

Основываясь на похожей концепции, можно говорить об игровом поведении, которое можно определить через базовые нейропсихологические, аффективно-мотивационные и мыслительные механизмы, организованные в соответствии с потребностями развития личности. Исследования относительно игрового поведения психически больных привело к обнаружению некоторых показателей, которые считают факторами организации игрового поведения, и которые позволяют организацию личности психически больного.

**Игровая терапия в рамках мероприятий комплексной восстановительной терапии.** Игра, воспринимаемая как обучение и терапия, вписывается в новую тенденцию эволюции методов преподавания-обучения, которые намерены изменить роль учителя-терапевта и предоставить новые возможности психически больному ребёнку. Игра-обучение и терапия постепенно начинают занимать более чёткое место в категории методов, техник, которые развивают способность к наблюдению, анализу, и оперированию логическими операциями. Другими словами, это категория техник, которые развивают способности к обучению и развитию.

Роль игры в комплексе терапии очень важна. Её сложность состоит в том, что она может восприниматься, как метод обучения, терапии или метод психосоциального исследования.

Игра придерживается модели действия сложной образовательной терапии. Мы можем разворачивать процесс трудотерапии на протяжении многих лет, начиная с социально-моделирующего контекста (школа) до социально-интегрирующего контекста. Для того, чтобы компенсировать психическое расстройство личности, характеризующееся недоразвитостью, когнитивной незрелостью, должна быть достигнута конечная цель – социальная интеграция. Модель состоит из трёх частей: комплекс психотерапии посредством игры, программы обучения путём игры и прикладные области.

*Первая часть* относится к комплексу терапий, воспринимаемых как образовательные, как терапии, которые могут улучшить содержание и методологию специальных школьных программ, предназначенных для обучения детей с психическими расстройствами. В каждую категорию терапии включаются и подразделы соответствующих терапевтических техник.

*Вторая часть* относится к программам образования через игру, соответствующей каждой категории терапии и каждой техники в рамках этой категории. В принципе, общем для всех образовательных программ, не зависимо от природы информации, особое внимание уделяется формированию определённых операций. Любая информация должна порождать формирование определённых операций, логических операторов, от механизмов, задействованных в конкретных операциях до тех, которые связаны с формальными операциями.

*Третья часть* относится к области применения, школьным программам для дисциплин, предусмотренных в образовательном плане школ для психически больных детей. Психотерапевт должен дополнять образовательную программу обучающим материалом, связанным с игрой, уделяя большое внимание цветным картинкам. В сфере применения предполагается и наличие специальной игровой комнаты, называемой некоторыми лудотекой (Грастон, Миаларет) или игротека (Пётр Барбулеску, 1979), а также устройство классной комнаты для многофункциональных целей (зал для обучения, места для лудотеки, школьная библиотека, зал для ручной работы или другие «специализированные уголки»).

**Система операционализации психотерапии посредством игры.** Систему операционализации очень сложно разработать, из-за широкого спектра классификаций, разработанных психологами, педагогами, социологами, психотерапевтами, что также способствует невозможности их использования в текущей педагогической практике.

Для того, чтобы установить систему операционализации, которая будет отражать соотношение между когнитивной и игровой сферой и организацией знаний, необходимо соотнести две большие современные теории: таксономия Б.С. Блума и генетическая психология. Согласно модели операционализации когнитивной и игровой сферы можно разработать и системы

операционализации для аффективно-игровой и игровой, психической и моторной сфер.

Отталкиваясь от задач, установленных в таксономии Б.С. Блума и задач, определённых для игр Р. Догбэ и С.Н. Дия, исследователи в рамках ЮНЕСКО установили соотношения между ними, синтезируя их в шесть целей:

- Уровень простых знаний: отпечатывание и сохранение информации.
- Уровень понимания: преобразование одной формы языка в другую, интерпретация данных, их исследование.
- Уровень понимания: возможность применять принципы, правила в новых ситуациях.
- Уровень анализа: анализировать комплексный анализ элементов, отношений или принципов.
- Уровень синтеза: структурирование (резюме, план, схема, аргументация) элементов, полученных из различных источников
- Уровень изобретательности, творчества: переход приобретенных знаний в творческие операции.
- Согласно вышеупомянутым исследователям, игра отвечает этим задачам из расчёта, что различные категории игр улучшают:
- Все виды деятельности восприятия: сенсорный контакт с предметами
- Сенсорно-моторные виды деятельности: бег, прыжки в длину, в высоту, броски;
- Вербальные виды деятельности: вокальная тренировка до общения посредством слов, предложений;
- Аффективные сферы: привлекательность, отвращение, определение, презентация различных семейных, школьных и социальных ролей и статусов;
- Сферы мышления: наблюдение, описание, сравнение, письмо, классификация и т.д., то есть мыслительный процесс, основанный на конкретных словесных, ситуационных (или социальных) данных;
- Созидательные виды деятельности: мобилизуют физическую энергию, аффективные и мыслительные способности, полностью или частично улучшая предыдущий опыт;
- Виды деятельности, связанные с телесным или эстетическим выражением: гимнастика, танец, театр, музыка, моделирование, коллаж и рисование.

Независимо от типа игры, можно определить операционные задачи по «схеме Блума и Пиагет», которые установили, что определённые категории игр

соответствуют определённым этапам развития, что у них есть временная последовательность, а высшие структуры интегрируют в предыдущие, не пропуская их. Таким образом, обходится этап, а не хронологический возраст, которого достигают на определённом этапе развития.

Например, ниже мы представим информацию, каким образом можно улучшить игры под аспектом операционных задач, обобщив их в пять типов игр: функциональные, символические, на основе правил, созидательные и экспрессивные.

**а) Функциональные игры**

**1. Восприятия**

- Визуальные
- Слуховые

**2. Сенсорно-моторные**

- Осязание
- Статичные
- Динамичные
  - Кинетические
  - Ритмические
  - Точность

**3. Вербальные**

- Повторения
- Шум
- Вербально - моторные — выполнять данные команды
  - описывать действия

**4. Имитация**

- Вербальная
- Невербальная (подражание определённому действию).

**б) Символические игры**

### **1. Аффективные**

- Кинетические
- Ритмические
- Точность
- Повторения
- Шум
- Вербально - моторные – выполнять данные команды
  - описывать действия
- Вербальные
- Невербальные (подражание определённому действию).

### **2. Идентификация с определённой моделью**

- семья
- профессия

### **3. Социализация (представление определённой ситуации)**

- школьная
- классификация – простая
- классификация – двойная, с многочисленными атрибутами

#### **г) Игры, связанные с правилами**

##### **1. Когнитивные (на данных манипуляции)**

- Разновидность
- Включение
- Причинно-следственная связь
- Пространственно-временные структуры
- Сохранение

**2. Когнитивные** (на вербальных данных)

- Регистрация
- Дедукция
- Вовлечение

**3. Социальные**

- Обладание ролью (чередование)
- Общение - информация
- Руководство другого
- Влияние на другого
- Сотрудничество/Соперничество

**д) Созидательные игры**

1. Без модели

- Творчество

2. С моделью

- Без механизма функционирования
- С операционной репродукцией механизма функционирования
- Более или менее правдивой репродукцией механизмов функционирования
- С неоперационной стимуляцией механизма функционирования

**е) Экспрессивные игры**

- Пластичные
- Вербальные
- Музыкальные



Операционная система психотерапии посредством игры учитывает несколько важных аспектов в классификации знаний сквозь призму когнитивной и игровой сферы: Рэйс выделяет следующие методологические координаты:

- Операционализация зависит от генетической эволюции игр.
- Система операционализации подчёркивает мыслительные элементы игры посредством уточнения механизмов соответствующих каждому этапу развития мышления ребёнка.
- Высшие логические схемы организуются на базе предыдущих логических схем, первичной является сенсорно-моторная схема.
- Базой операционной системы являются сенсорно-моторные задачи.
- Игры, предназначенные специализированным знаниям, занимают конечное место.
- Операционная система конкретизируется типом репрезентативной игры, ссылаясь на «открытый» тип игры и, реже, на «закрытый», понимая под первым типом, игру, подразумеваемую как «игровое правило» (не правило организации игры), которое ребёнок открывает на базе направляемого наблюдения, понимает и запоминает правило и может следовать правилу (в условиях игры обучение-терапия, учитель-терапевт является ведущим и активным участником игры). В этом состоит суть игры обучение – терапия. Если в школьном обучении нормы задаются другими, в рамках игры нормы понимаются, открываются и применяются ребёнком.

#### **Дидактическая игра в рамках образовательной терапии.**

Дидактическая игра является очень практичной деятельностью, которая решает одну или несколько дидактических задач, на основе сочетания техник этих заданий с элементами игры. Дидактическая игра – это один из видов деятельности, через который ребёнок познаёт окружающий мир. По мере того, как ребёнок развивается, содержание игры расширяется, охватывая и социальные отношения между людьми.

В своих играх ребёнок отражает жизнь и действия взрослого, потому что это среда, в которой он живёт. Ещё с раннего детства ребёнок чувствует потребность активного общения с окружающими, в первую очередь, с родителями, которые его воспитывают, покупают ему игрушки и играют с ним.

*Что такое дидактическая игра?* Дидактическая игра является очень практичной деятельностью, которая решает одну или несколько дидактических задач, на основе сочетания техник выполнения этих заданий с элементами игры

Мы используем дидактическую игру, чтобы выполнить дидактическое задание в новом свете, необычном, привлекательном. Каждая дидактическая игра обладает своей спецификой, а именно: преследует определённую цель, этот вид

деятельности является достаточным сам по себе, не являясь средством для достижения другой цели. Обучение, которое включает в себя игру, становится приятным и привлекательным. Поэтому особенно ценная внутренняя мотивация достигается посредством игры.

Вот главная причина, по которой на определённых этапах образования и развития ребёнка, процесс обучения необходимо проводить посредством игры. Через игру ребёнок может прийти до открытия правд, может тренировать способности работать творчески, поскольку игровые стратегии, в своей сути, являются эвристическими стратегиями, через которые демонстрируются смекалка, спонтанность, изобретательность, инициативность, терпение, смелость и т.д.

Игры детей становятся методом обучения, в случае, если они приобретают организованность и логическую последовательность в познании и обучении. Игры, которые обладают хорошо намеченной образовательной целью и организованные в соответствии с ней, становятся методом обучения. Главной целью игры не является развлечение, а обучение, которое готовит ребёнка к труду и жизни. Каждая дидактическая игра обучает ребёнка, консолидирует его знания об окружающей среде, гармонично объединяет образовательный и развлекательный элементы.

Гармоничное комбинирование образовательного и развлекательного элементов ведёт к появлению сложных эмоциональных состояний, которые усилят прямые мыслительные процессы.

Дидактическая игра остаётся игрой, только если содержит элементы ожидания, сюрприза, взаимного общения между детьми и т.д. Всё это заставляет образовательный элемент объединиться с развлекательным. В процессе проведения игры, у ребёнка есть возможность применять знания, привычки и навыки, которые он получил. То есть, игра приобретает практическую ценность. Каждая дидактическая игра включает следующие конструктивные аспекты, которые отличают её от других игр и видов деятельности:

- a) содержание,**
- b) дидактическое задание,**
- c) правила игры,**
- d) действие игры.**

*Первым составным элементом игры* является содержание или инструктивно-образовательный элемент, который состоит из знаний, которые ребёнок получил в прошлом, в рамках деятельности, общей для всего класса. Эти знания могут относиться к растениям, животным, временам года, математике, родному языку и др.

*Вторым составным элементом игры* является дидактическое задание, которое может быть в форме задачи на разрешение, опознавание, обозначения, сравнения, отгадывания. То есть, дидактические игры могут иметь одинаковое содержание, тем не менее, они всегда приобретают другой характер, потому что дидактические

задания, которые должны выполнить дети, каждый раз разные. Это способствует тому, что игры кажутся детям новыми, непредсказуемыми, интересными и привлекательными.

*Третьим составным элементом игры* являются правила, которые направлены на то, чтобы показать детям, как играть, как решать данную проблему. Правила в игре выполняют важную регулирующую функцию относительно отношений между детьми.

*Последним составным элементом дидактической игры* является действие игры, которое содержит моменты ожидания, сюрприза, отгадывания и т.д. и которое делает решение задачи приятным и привлекательным для учеников.

Согласно предмету обучения, есть игры, которые используются при чтении, письме, математике, развитии речи, познанию окружающей среды, рисованию и т.д. Согласно типу уроков, есть игры, используемые как метод преподавания, метод консолидации, систематизации, повторения знаний. Вклад дидактической игры для стимуляции и развития когнитивных способностей маленького школьника, а особенно творческому аспекту его мышления, воспитанию его личных качеств и достижению целей познавательного процесса, очевиден.

Дидактическая игра остаётся для школьников со специальными потребностями постоянной формой образовательного процесса. При дидактической игре ученик задействует весь свой психический потенциал, тренирует наблюдение, развивает инициативу, изобретательность, гибкость мышления, развивает дух сотрудничества, командный дух. При использовании игры, как формы организации, метода, а не дидактического процесса, деятельность становится более интересной, а ученики лучше усваивают материал.

**Требования** к организации дидактической игры:

- введение в игру;
- выполнение игры;
- усложнение игры;
- Завершение игры.

При организации и проведении заданий, основанных на дидактической игре, необходимо учитывать следующие **условия**:

- игра разворачивается на фоне доминирующего вида деятельности, преследуя цель и задачи урока;
- должна быть подготовлена воспитателем, в отношении времени и используемого материала;
- должна быть разнообразной, интересной, сочетать формы развлечения и обучения;
- использоваться тогда, когда ребёнок подаёт признаки усталости;
- создавать моменты для отдыха, чтобы восстановить энергию учеников;
- тренировать всех детей в игровой деятельности;

- быть пропорциональной заданиям, предусмотренными программой и структурированной в соответствии с типом и целью урока;
- следовать формированию навыков независимого труда;
- дидактические задания должны даваться дифференцированно, чтобы учёба не осталась позади;
- требовать творческого мышления и максимально улучшать эффективность мыслительных способностей учеников;
- игровые виды деятельности могут вводиться на любой стадии урока;
- не влиять на время самого урока;
- должны быть распределены на различные части, дидактические задания должны иметь прогрессивный характер;
- качество урока должно выражаться и в проведении этого вида деятельности, учитель должен быть хорошим организатором, руководителем и наблюдателем;
- указания относительно проведения заданий должны быть чёткими, правильными, точными, доступными ученикам и создавать мотивацию для деятельности;
- игровые виды деятельности должны проводиться активно и динамично;
- не злоупотреблять игрой, то есть не превращать образовательный процесс в игру;
- не быть слишком легкой или слишком тяжёлой;
- правила игры должны объясняться правильно; необходимо следить за тем, чтобы ученики соблюдали их;

Для того, чтобы оставаться игрой, дидактическая игра должна включать в себя следующие элементы: *движение, отгадывание, сюрприз* и т.д. Эти элементы игры создают эмоциональные состояния, которые поддерживают интерес и придают живой колорит игре. Элементы игры могут появиться из сочетания деятельности с воображаемыми ситуациями, разрешая детям творить, предоставляя им свободу воображения, поощряя спонтанность.

Поэт Лучиан Блага воображает три поколения, как три этапа: **игры, любви и мудрости**, размышляя, что игра это мудрость и любовь ребёнка, любовь это мудрость и игра молодого человека, а мудрость это любовь и игра старика.

Говоря о дидактических играх, Урсула Шкёпу уточняла, что «они воспитывают внимание, физические и мыслительные способности, настойчивость, готовность, командный дух, смелость и моделирует этические нормы поведения».

## 6.2 Мелотерапия

Современная программа, предназначенная восстановлению детей с дисфункциями, уделяет особое внимание экспрессивным видам деятельности трудотерапии и терапии. Мелотерапия входит в широкую гамму видов психотерапии посредством искусства. Терапевтическая ценность музыки является результатом многогранного влияния, которое она оказывает на психику человека, благодаря сложности музыкального феномена.

Музыка является «искусством выражения чувств и идей при помощи звуков, объединённых определённым способом» (DEX –Толковый Словарь Румынского Языка, изд. Румынская Академия, 1995).

Музыка даёт старт самым разным и неожиданным аффективным процессам: от музыкальной эмоции с широкой гаммой проявлений – радость, внутреннее переживание, чувство гармонии, душевное возвышение, до коллективного возбуждения. Будучи самым сложным искусством и в то же время самым понятным для всех людей, музыка обладает самым тонким и проникновенным художественным языком – **звуком**. Порождая периодические и регулярные сонорные вибрации, музыкальный звук обладает четырьмя качествами: высотой, долготой, интенсивностью и временем. Их организация и последовательность с экспрессивным смыслом, доказывает эффективность посредством повышения чувствительности субъектов, и созданием положительного психического состояния, что позволяет установить необходимые отношения между воспитателем и субъектом.

**Ритм** в музыке относится к последовательности организации долготы звуков. Его рациональное использование облегчает развитие высших психических способностей человека, его эстетических ценностей. Ритм, главным образом, относится к характеристикам движений. Он по-разному воспринимается разными людьми, в зависимости от возраста, состояния здоровья, душевного настроения в данный момент и культурного уровня.

**Гармония** относится к мелодичному сочетанию звуков и основывается на технике аккордов. Ритм и гармония являются неотъемлемыми элементами, которые составляют мелодию или песню.

**Мелодия**, конечный результат музыкального творчества, который представляет собой «последовательность звуков, комбинируемых по правилам ритма и модуляции для того, чтобы составить единство с экспрессивным значением», выраженное в музыкальной композиции.

В рамках терапии музыкой, воспитатель заинтересован эффектом, который оказывает музыка, используемая под различными формами, как средство восстановления личности нормального человека или человека с ограниченными возможностями.

Обнаружили, что на нормальных людей музыка оказывает следующее благотворное влияние:

- Порождает серию аффективных тонических состояний;
- Ведёт человека к состоянию спокойствия, снижает напряжение и беспокойство;
- Часто вызывает чувство безопасности;
- Повышает тонус субъекта и устойчивость к напряжению, способствуя также преодолению препятствий, как например, состояния болезни;
- Облегчает общение между людьми;
- Способствует развитию некоторых психических функций и процессов, начиная с самых простых ощущений, восприятий и представлений до самых сложных, как например, воображение;
- Улучшает поведение человека.

Для детей с психическими расстройствами мелотерапия используется для установления другого типа общения, отличного от вербального. Когда ведётся работа с этими субъектами, не принимаются во внимание уровень развития музыкальных способностей этих детей, поскольку в терапии музыка не используется в силу своих эстетических качеств..

Вейл ввёл термин «функциональная музыка», который означает, что в терапии у музыки практические задачи.

«Главной целью мелотерапии является установить контакт с психически больным и облегчить общение между ним и воспитателя, переходящего в терапевта». (С. Ионеску)

Таким образом, в рамках мероприятий мелотерапии, музыка используется в целях как можно лучшего восстановления людей с дисфункциями. Для достижения этой цели, С. Ионеску рекомендует проводить различия между использованием музыки в терапевтических целях и для организации развлекательных мероприятий, проводимых с детьми с дисфункциями. Исследования показали, что удары, как например, кастаньеты, колокольчики, барабаны, ксилофоны, облегчают общение, особенно в случае детей с психическими расстройствами, или застенчивых и тревожных детей.

В рамках такого мероприятия, проводимого в рамках Восстановительного Центра Фолк Бернадот (Folke Bernadotte), Швеция, успешно используется комбинирование двух инструментов, пианино и барабан. Ребёнок располагается в удобном кресле и слушает различные мелодии, исполняемые на пианино мелотерапевтом. Специалист внимательно наблюдает за реакциями, чтобы установить предпочитаемые частоты, при помощи которых устанавливаются гамма исполнений, которые могут вызвать у субъекта эмоциональные реакции, спровоцированные прослушиванием музыки. Затем ребёнку дают барабан и просят его выбивать ритм прослушиваемой мелодии. Таким образом, ребёнок фиксирует ритм и посредством игры на барабанах улучшает способности в области моторики. Это, по сути, является ключом к успешной терапии. Как дополнение можно

использовать, например, инструменты с клавишами, которые заставят субъекта использовать пальцы. Для того чтобы успокоить взволнованных и гиперкинетичных людей особенно гармоничные инструменты, которые производят долгие звенящие звуки. Результаты показывают, что использование сеансов мелотерапии благоприятно влияет на психику людей.

В рамках учебных заведений в нашей стране воспитатели могут проводить такие сеансы, используя магнитофонные записи и синтезаторы. Исследования показали, что как у здоровых, так и у людей с психическими расстройствами, мелотерапия оказывает огромное влияние на развитие общения. Тогда, когда психическое расстройство сопровождается другими расстройствами, как например гиперактивность или эмоциональная неустойчивость, накладываются определённые различия.

У детей с психическими расстройствами, музыкотерапия может быть использована для улучшения задержки моторных действий и для развития способностей и навыков. У детей с эмоциональной нестабильностью, музыкотерапия, по мнению С. Ионеску, определяет:

- **Снижение напряжений;**
- **Снижение агрессивности;**
- **Улучшает сотрудничество во всей группе;**
- **Улучшает командную работу.**

Исследования, проведённые Хампри, дают ценные методические указания о предпочтениях детей для разных форм мелотерапии, в зависимости от уровня их активности. «Люди с повышенной активностью выбирают танец, со средней активностью – барабаны, а люди с пониженной активностью склонны к аккомпанементу». (С. Ионеску).

Исходя из вышеизложенного, терапию музыкой можно организовывать индивидуально или в группах. В рамках специальных школ и детских садиков желательно группировать детей в зависимости от их способностей в рамках музыкальной сферы и в зависимости от их умственной отсталости.

Сеансы мелотерапии для людей с серьёзными психическими расстройствами рекомендуется проводить индивидуально.

Мелотерапию с точки зрения мероприятий, которые необходимы детям, можно разделить на активную и рецептивную. **Активная** форма, называемая другими авторами прямой, состоит из различных музыкальных мероприятий, проводимых самими субъектами, вокальная или инструментальная музыка, исполняемая индивидуально или в группе. **Рецептивная** форма или косвенная, это форма в которой субъекты слушают музыку. Вторая форма не означает то, что субъект остаётся пассивным, поскольку перцепция также требует определённой степени участия.

В рамках мероприятий мелотерапии, организованных в образовательных учреждениях воспитателями и логопедами, мы считаем полезным преследовать следующие цели:

- Развитие интереса к музыкальной деятельности;
- Формирование и развитие музыкального слуха (со своими составными элементами – чувства мелодики, ритмики, гармонии);
- Тренировка голоса, как главного средства передачи музыки;
- Формирование практических музыкальных навыков (навыки петь, ритма, мелодики, исполнения, использования инструментов и т.д.);
- Развитие навыков слушать музыку;
- Интеграция образовательных заведений в художественную жизнь;
- Развитие воображения и творческих аспектов;
- Уравновешивание личности ребёнка посредством развития положительных черт характера;
- Развитие общительности через участие в мероприятиях, организованных в группах детей.

Помимо, перечисленных мероприятий, комплексная школьная программа трудотерапии, предназначенная воспитателям во вспомогательных школах, предусматривает серию других важных задач, связанных с:

- Улучшением пространственно- временной ориентации и координации моторики;
- Развитие мимического и жестового выражения;
- Нюансы вербального выражения;
- определение состояний восхищения, радости и т.д.

Процесс музыкотерапии должен начинаться с общей оценки каждого ребёнка, в зависимости от его потребностей и от задач, которые нужно выполнить.

Это делается путём изучения личного дела, информации, полученной от членов семьи и других членов дидактического корпуса, внимательного изучения и наблюдения за музыкальными предпочтениями ребёнка и его прошлых знаний в области музыки. Также, могут использоваться различные формы тестов, которые необходимо применять на ранних этапах, чем раньше начинается терапевтическая деятельность, тем более значимые эффекты можно получить в плане восстановления. В этом смысле, Грахам составил шкалу уровней развития музыкальных способностей, соотнося эти уровни с психическим возрастом. Автор оправдывает полезность теста тем, что «каждый человек поднимается по шкале развития по-своему и в разные временные интервалы, это зависит от



степени и глубины его расстройств». Его шкала развития проводит параллель между уровнем развития и возможными музыкальными способностями, в то же время, фиксируя границы, которые могут быть достигнуты в образовании, в зависимости от соотношения между психическими и хронологическими этапами, спецификой психического расстройства:

**Психический  
возраст**

**Описание музыкальных возможностей**

2-6 месяц	– беспорядочно двигает рукой или ногой, когда играет музыка;
4-8 месяц	– двигает головой или лицом по направлению к музыкальному стимулу;
8-16 месяц	– слегка наклоняется или тянется по направлению к музыкальному стимулу;
16-36 месяц	– слушает внимательно минуту или дольше;
37-48 месяц	– сидя, бьёт ладошкой или ногой;
48-54 месяц	– сидя или стоя, бьёт ладошками или ногами;
54-56 месяц	– бьёт ладонями и топает ногами;
56- 62 месяц	– бьёт ладошками и ногами в ритм музыки;
62-72 месяц	– играет на инструменте, когда сидит или стоит на ногах;
72-84 месяц	– бьёт в ритм ногами, когда играет на инструменте или поёт;
Более 84 месяцев	– выбивает ритм ногой, поёт на высоких тонах и одновременно играет на инструменте.

Преимущество шкалы также заключается в том, что она не использует вербальных элементов, на которые влияют культурные факторы. Это делает её очень практичной.

В зависимости от уровня психической отсталости ребёнка и задач, поставленных в процессе лечения, ставится вопрос о выборе самого подходящего вида деятельности, в который должен быть включён субъект. Рекомендуется введение различных видов деятельности, в плавной последовательности, в зависимости от их совместимости. Все эти действия, выполняемые постепенно, от простого к сложному, посредством своего сочетания, определяют структурирование сложных музыкальных способностей у людей с ограниченными возможностями. Итогом является компенсация некоторых дисфункций, особенно связанных с психомоторикой.

**Развитие ритма** достигается посредством выполнения следующих типов упражнений, в зависимости от степени сложности и уровня развития ребёнка:

- хлопанье или удары в ударные инструменты, на определённом слове из песни;

- ритмичное постукивание, когда слышится какое-либо слово из активного словаря ребёнка, например, когда произносятся имена друзей, преподавателей, названия цветов, птиц или любимых блюд;
- хлопанье или удары в ударные инструменты в ритм метронома, в различных вариантах:
  - один удар на каждый звук метронома,
  - один удар на каждый второй звук метронома,
  - один удар на каждый третий звук,
  - один удар на каждый четвёртый звук

Таким образом, недавние исследования доказали, что ритмические виды деятельности, которые основываются на использовании ударных инструментов, необходимо вводить раньше всех других видов деятельности. Это рекомендуется делать, потому что «введение ритма менее тревожно для субъекта». (С. Ионеску)

После диагностирования музыкальных способностей, которыми ребёнок располагает на данный момент, можно переходить к разработке специфических восстановительных программ, которые состоят в выполнении большого спектра специфических упражнений, организованных по определённым областям проявления музыкальных способностей.

Цель этой задачи состоит в том, чтобы отшлифовать музыкальные способности человека с ограниченными возможностями, чтобы улучшить его навыки к существованию и, в общем, оказать благотворное влияние на его личность. Для того чтобы развить сложные музыкальные способности, необходимо действовать согласно следующим отдельным сегментам, исходя из структуры этой возможности:

- развитие ритма;
- формирование способностей использовать инструменты;
- стимуляция способностей к пению;
- обеспечение соответствующей связи между пением и движениями;
- передача базового ритма мелодии, хлопая в ладоши или ударяя в ударный инструмент со следующим интервалами:  $2/4$ ,  $3/4$ ,  $4/4$ ,  $6/8$ .

Выяснилось, что категории людей с легкими психическими расстройствами, не могут достигнуть какого либо прогресса, просто изучая основные ритмы. Для этой ограниченной группы рекомендуется обучение игры на ударных инструментах под звуки танго, румбы, ча-ча-ча, таким образом, развивая подлинные музыкальные способности.

### **Использование инструментов**

- ❖ ударные инструменты (бубен, барабан, дувцимер) используются при работе с людьми с ограниченными возможностями только для того, чтобы поймать ритм, что впоследствии позволит выполнять различные упражнения на формирование слухового восприятия каждого инструмента в отдельности. Методические исследования рекомендуют использование

инструментов во время повествования сказки, через их ассоциацию с различными персонажами или моментами повествования. ( Уорд и Доббс)

- ❖ струнные инструменты используются в различных упражнениях:
  - при слуховом восприятии звука, производимого вибрацией струнного инструмента, произведённого терапевтом. Затем ребёнка просят воспроизвести этот звук;
  - перебор струн на струнном инструменте, обозначенной терапевтом, под его непосредственным наблюдением или помощью;
  - выбор из группы струнных инструментов, той которой требует взрослый или обозначение специфического инструмента;
  - использование инструментов, которые производят звуки в пяти музыкальных тонах (пентатонические);
  - использование в похожих упражнениях арфы, пианино или других инструментов с клавиатурой. Ребёнок должен указать определённую клавишу какой-либо буквой или знаком;
  - сольное исполнение на музыкальном инструменте является крайне трудным, а участие в аккомпанементе возможно для категорий людей с легкой дебильностью, если у них перед глазами есть графические схемы аккордов или при изучении названий нот. Человек может исполнять композиции, следя за пальцем воспитателя, который двигается по нотной линейке.
  - Упражнения игры на гитаре возможно только тогда, когда передаётся только одна музыкальная нота. Людей с психическими расстройствами очень тяжело обучить игре на гитаре.

**Разучивание песен** начинается с тренировки слогов, как в возрасте 6 месяцев, примитивная вокализация, которую Муг определяет как «музыкальные заикания»

- Продолжительное пение последнего слова в предложении;
- Пение двух слов вместе;
- Пение рифмованных слов из песни, предпочтительно на уровне детского сада и доступных психическому возрасту ребёнка;
- Пение других песен соответствующих уровню психического развития ребёнка и его интересам. Песни должны быть очень ясными.

**Вклад музыки в улучшение произвольной моторики** является особенно существенным, в случае умственно отсталых, потому что чем серьёзнее расстройство, тем больше дефицит моторики. Поэтому, можно с уверенностью утверждать, что музыка играет очень важную терапевтическую роль.

Исходя из результатов многочисленных экспериментов, можно сделать вывод, что у умственно-отсталых людей музыка значительно улучшает моторику посредством простых движений частей тела или бегом.

Движения под музыкальное сопровождение хорошо проводить в следующих этапах:

- Слушание удара барабана, движение под звуки, производимые им и прекращение движений с остановкой звука барабана;
- Движение под ритм барабана, они могут начинаться с маленьких шагов и, по мере возрастания ритма, переход к прыжкам и даже бегу;
- Движения под определённые мелодии, используя предыдущую модель;
- Проведение подвижных игр под музыкальное сопровождение;
- Простые танцы с размашистыми движениями;
- Исполнение творческих танцев, со свободным выбором ритма и времени движения, с минимальным вмешательством со стороны педагога.

Оценивание прогрессов, сделанных ребёнком, можно выполнить при помощи стандартной шкалы оценивания или при помощи специальных карточек, в которых отмечаются стадии прогресса навыков ребёнка до и после выполнения различных категорий музыкальных упражнений.

Из краткого рассмотрения процедур, используемых при обучении музыке психически больных, выясняется, что между деятельностью по формированию музыкальных навыков и мелотерапией, различия могут существовать в теоретическом плане, а в практическо-методологическом плане они пересекаются.

Опытные специалисты в области мелотерапии считают, что «музыкальная терапия своей способностью объединять детей, объединять их усилия в общей деятельности, стремится к уравниванию детей и преодолению патологических препятствий развития». В заключение, необходимо отметить, что использование труда при работе с детьми с психическими расстройствами, требует знания специфических структур этой деятельности.

**Музыкотерапия и перевоспитание.** С древних времён, специалисты в области музыки, психологии, педагогики, социологии, пришли к выводу, что искусство музыки направлено не только на обогащение и гармонизацию психической жизни человека, но и на формирование личности человека путём тренировки эстетическо-художественных переживаний и воспитании всего человеческого существа.

Целью музыкотерапии также является развитие у детей способности к мышлению, как, например: способность приспосабливаться, независимость, творческий аспект. Посредством песни, они формируют способности анализировать и различать самые тонкие музыкальные звуки, ритмико-мелодические структуры, активно участвуя в её сознательной интерпретации. Вместе с тем, мышление развивается в приятных и привлекательных условиях, которые создаёт музыка. Как и любой другой внешний фактор, музыка более активно пробуждает интерес детей и сохраняет их внимание намного дольше, либо посредством ритма или линии мелодии, либо посредством гармонии или текста, создавая глубокие эмоции, сильные внутренние переживания.

Музыкальное воспитание влияет и на определённые аспекты, связанные с социальной и поведенческой сферой. Таким образом, при помощи музыки, интегрирование в коллектив происходит намного легче. Практика музыки в хоре заставляет детей не только слушать себя, но и других, может развить способность слушать модели исполнения учителя или других детей, контролировать себя во время исполнения по сигналу или синхронизации с хором. Также, музыка способствует воспитанию порядка и дисциплины.

Во время исполнения игровых песен, например, дети идут один за другим или выполняют определённые движения, предполагаемые текстом песен, в ритм с мелодией, внимательность и дисциплина появляются сами. Музыкальная восприимчивость является условием развития последующих, более сложных и глубоких, форм эстетических чувств. Своей экспрессивной силой, музыка, даёт начало долговременным положительным переживаниям, вселяет энтузиазм, вдохновляет, ведёт к формированию и моделированию личности. С другой стороны, поучительное содержание текстов песен обогащает знания детей, консолидирует и синтезирует знания о природных явлениях, ремёслах, обществе и т.д.

Известно, что наиболее привлекательными для детей являются музыкальные ритмичные игры, народные танцы, потому что участие в них задействует жесты, мимику, хореографию, главным образом, задействует моторику необходимую типу, предложенного вида деятельности, а также сотрудничество для облегчения выполнения заданий и усвоения знаний. Воспитатель участвует в проведении мероприятий, вербально поддерживая ребёнка или всю команду. Участие воспитателя в заданиях, наряду с другими участниками, придаёт деятельности нотку оптимизма и уверенности в успехе.

Поскольку музыка провоцирует настоящее восхищение у детей, соответствует спонтанным потребностям в игре, подвижности и отдыху, а вмешательство воспитателя, требует профессиональной подготовки, такта и знания особенностей каждого ребёнка, чтобы воспитательная терапия была намного эффективнее.

**Частные задачи музыкотерапии** предполагают:

- Развитие возможностей различения тембров звуков;
- Определение и различие сонорных источников в окружающей среде;
- Различие звуков природного происхождения от звуков, от звуков производимых человеком;
- Различие шумов от вокальных или инструментальных звуков;
- Различие или распознавание голоса – поющего или говорящего; коллеги или воспитателя;
- Определение некоторых музыкальных инструментов.

**Частные задачи музыкотерапии** могут группироваться в зависимости от возраста.

Таким образом, у дошкольников будет преследоваться:

- Консолидация элементарных способностей пения, начинать песню по сигналу и петь синхронно, отвечать на команды, заданные воспитателем;
- Формирование способностей группового исполнения песен с более высоким амбитусом, достигая сексты;
- Формирование и развитие способностей различать и передавать контрастную интенсивность звуков (высокий – низкий) в рамках игр и песен;
- Консолидация навыков способностей, распознавания и различия тембров звуков в зависимости от сонорного источника, который их производит (звук колокольчика, барабана, дудочки; отзвук стакана, и т.д.);
- Формирование способностей воспринимать, распознавать и передавать источник и интенсивность музыкального звука, распознавать некоторые песни только по ритмизации некоторых фрагментов из них;

- Формирование способностей выполнять движения предполагаемые текстом и мелодией некоторых песен, соблюдая координацию между движением-ритмом-текстом;
- Стимуляция интереса детей к подготовке музыкальных программ для празднования определённых событий, как например, Рождество, 8-е Марта, 1-е Июня;
- Ознакомление детей посредством прослушивания с музыкальными произведениями;

**Цели, преследуемые у школьников,** будут отличаться, в силу эволюции психических процессов. Таким образом, будут преследоваться:

- Развитие слуховой внимательности и памяти, музыкальной восприимчивости;
- Формирование и развитие способностей прослушивания песен с более сложным и разнообразным содержанием, слушать вокальные или инструментальные произведения, магнитофонные записи, диски, кассеты, радио и телевидение;
- Формирование способностей правильно и экспрессивно исполнять песни, коллективно или индивидуально, с амбитусом, который может достигать октавы;
- Развитие способностей ясно, правильно и экспрессивно произносить текст песен;
- Консолидация способностей по просьбе распознавать и передавать некоторые песни;
- Консолидация ритмических и мелодических способностей;
- Консолидация способностей синхронного выполнения движений, предполагаемых текстом песен и музыкальными играми;
- Стимуляция творческого аспекта и вызывание интереса для художественно-музыкальных проявлений;
- Стимуляция детей с особыми возможностями посредством их ориентации в профильные учреждения;

Достижения этих целей зависит от личности воспитателя и группы детей. Роль воспитателя состоит в том, чтобы выбрать содержание, которое затем будет преподаваться, чтобы достичь установленных целей. Воспитатель, также, должен правильно применять стратегии и приёмы.

Для того чтобы узнать, на какой стадии воспитательно-терапевтического вмешательства находится ребёнок, воспитатель должен проводить необходимые оценивания. В зависимости от этого оценивания, можно проектировать последующие мероприятия, в основе которых лежат ясные, чёткие задачи, которые ведут к достижению целей музыкотерапии, а именно: развитие эстетического чувства у всех детей, независимо от их музыкальных способностей.

Воспитательная терапия, проводимая при помощи музыки, оперирует следующими **типами** и **формами** организации и проведения музыкальных мероприятий:

1. песня;
2. музыкальные игры;
3. музыкальные игры - упражнения;
4. игры с текстами и песнями;
5. музыкальные слушания,

**1. Песня** оказывает самое сильное влияние на развитие психики ребёнка. В воспитательной терапии она является целью и средством. С её помощью конкретизируется большинство задач музыкотерапии. Благодаря их доступности и разнообразию развивается голос, музыкальный слух, формируются навыки пения в группе или индивидуально, культивируется любовь к музыке, деятельности, родителям, природе, родине.

Для того чтобы дети исполняли их красиво, выбранные песни должны представлять художественную ценность, обладать познавательной, эстетической и моральной функцией. При выборе песен необходимо соблюдать принцип доступности: вначале должны использоваться короткие мелодичные строки, с низким амбитусом, простым, текущим ритмом, легко произносимыми словами и легко усваиваемым содержанием. Песни должны быть высокохудожественными, рождать долгие и сильные эстетические переживания. Для маленьких детей воспитатель должен выбирать песни с более спокойным и умеренным темпом, простым

текстом, относящимся к деятельности, которую им предстоит выполнить. Для детей более старшего возраста, содержание песен должно быть более разнообразным, мелодии более ритмичными, с ритмическими вариациями от спокойного до встревоженного, в рамках одной и той же композиции.

Чувство ритма развивается постепенно, в той мере, в которой проявляется ритмическое разнообразие песен. Зная предпочтения и потребности в движениях детей, необходимо повторять некоторые песни, сопровождаемые движениями, соответствующими содержанию текста, ритмизации посредством хлопанья в ладоши, скучания пальца по столу или стеклу, ритмичной ходьбой и т.д. Таким образом, песни становятся игрой и поддерживают интерес к деятельности.

**2. Музыкальная игра** используется, в основном, для детей младшего возраста с целью развития чувства ритма. По своей структуре, музыкальная игра во многом схожа с дидактической, так как она тоже характеризуется точными заданиями, правилами поведения и специфическими элементами игры: движение, соревнование, сюрприз. В соответствии со своим названием, музыкальная игра является гармоничным сочетанием игры и музыки, удовлетворяя интерес детей к музыке и их потребности в движениях.

В зависимости от заданий, элементы игры и правила её проведения, классифицируются следующим образом:

*а) Музыкальные игры, которые проводятся в соответствии со стихами* и состоят в ритмизации стихов через хлопанье в ладоши, выбивания ритма на ударных инструментах. Из-за их специфики, их можно назвать ритмическими играми, поскольку они в высшей степени способствуют развитию чувства ритма у детей. Таким образом, посредством повторяемых ритмичных упражнений у маленьких детей формируются и укрепляются игровые способности, основанные на речитативе.

*б) Музыкальные игры, которые проводятся на основе известной мелодии.* Они состоят в выполнении определённых движений под музыку, в зависимости от её характера. Она по-разному применяется в зависимости от возраста.

*в) Музыкальные игры, которые проводятся по полученному заданию или команде.* Они состоят в выполнении определённых движений под музыку, согласно заданию или команде, данной воспитателем. Она может состоять в определении мелодии или фрагмента из музыкального произведения, в правильном и экспрессивном выполнении команд. Эти правила проведения могут быть более простыми или более сложными в зависимости от возраста детей, с которыми работают.

*Игры на распознавания.* Они предполагают соблюдение заранее установленных правил и состоят в определении некоторых песен или фрагментов и ранее изученных песен.

**3. Музыкальные игры-упражнения.** Другой тип терапевтической деятельности представлен музыкальными играми-упражнениями, целью которых является формирование элементарных способностей восприятия, распознавания и передачи качеств музыкальных звуков.

Музыкальные игры-упражнения обладают подготовительной ролью и проводятся в начале мероприятий. В таком случае, игра заменяет подготовительное музыкальное упражнение и заключается в технической подготовке детей; вокальной подготовке, через выработку музыкальных звуков различной длины и высоты, что помогает голосу приобрести гибкость. Этот вид

деятельности включает упражнения на сбалансированность вдоха и выдоха, произношение при выдохе определённых музыкальных звуков, которые соблюдают музыкальные стадии, а также правильное произношение слогов в тексте.

**4. Игры с текстом и песней.** Этот тип воспитательной терапии сочетает в единой структуре мелодию и текст, а также движения, соответствующие литературному содержанию. Поэтические картины песен передаются при помощи специфических движений, в соответствии с возможностями детей. Сборники детских песен предлагают большое разнообразие игр с текстом и песней, которые соответствуют потребностям в литературном разнообразии. Интересными являются игры, в которых движения производятся одновременно всеми детьми.

**5. Музыкальные слушания** являются другим типом образовательно-терапевтической деятельности, характерной для музыкотерапии. С одной стороны, они способствуют формированию эстетического вкуса, интереса к музыке, а с другой стороны – формированию и развитию способностей слуховой концентрации. Посредством музыкальных слушаний, дети учатся слушать музыкальные произведения, внимательно следить, чтобы уловить и почувствовать их содержание и красоту, и особенно, чтобы ознакомиться с «музыкальной атмосферой». Такой благоприятный климат хорошо влияет на психику детей.

**Воспитательно-терапевтические методы и техники** выступают как элементы оптимизации инструктивно-воспитательных мероприятий посредством функций, которые они выполняют:

- Открывают пути к познанию;
- Способствует улучшению эффективности содержания обучения через активную тренировку детей в рамках образовательного процесса.

В распоряжении воспитателя находится большое количество разнообразных способов работы для того, чтобы постепенно фиксировать психические процессы детей. Успех образования и воспитания зависит от степени, в которой используются воспитательно-терапевтические техники и методы, насколько они соответствуют предложенному содержанию. Выбор и применение методов и процедур работы должны учитывать специфику преподаваемой дисциплины, соотношение возрастных особенностей, уровня психического развития и приобретённого опыта. Методы и процедуры проверяются посредством их применения на каждом уроке, оценивая их терапевтическую ценность.

В рамках музыкальных воспитательно-терапевтических видов деятельности, основными методами являются: демонстрация, повествование, разговор, объяснение. Это моделируется в зависимости от уровня психического развития, способностей учиться и интегрировать в общество, а также личный опыт в музыкальной сфере.



### 6.3. Терапия танцем

**Терапия танцем** с успехом использовалась в случаях, когда общение было не возможно или ограничено, у детей с серьёзными психическими расстройствами или у больных аутизмом. «Танец улучшает телесное воображение субъектов. В танце каждый из них может определить свой телесный ритм, как личность и как член группы, к которой он принадлежит» (С. Ионеску). Музыка, танец, рисунок и другие виды искусства являются терапевтическими методами, которые используют психологи, чтобы улучшить состояние людей, испытывающих депрессию или беспокойство. Танец был известен ещё с самых древних времён; первые люди, которые наблюдали, как их тень движется по стене пещеры, специально выполняли определённые движения, радуясь «танцу» тени; ритуальные танцы древних племён, чтобы вызвать дождь или плодородие, танцы мифических героев после победы – все они выражали эмоции радости, надежды, победы.

Сегодня мы также посредством танца передаём радость, надежду, грусть «переполненность» и всю гамму возможных эмоций. Специалисты утверждают, что когда мы двигаемся, танцуем наше тело вырабатывает эндорфины, отвечающие за наше благосостояние. Танец проявляется как важная творческая энергия, это самовыражение человека, полезное для человеческого тела и для его эмоций. Танец может стать путём к оздоровлению, правилом жизни или путём к новым возможностям. Слова «танец» пришло из санскрита и означает «напряжение». Танец, как человеческое проявление изучался ещё с самых древних времён, как творческое явление и как явление, обладающее терапевтической ценностью. Исследования Рудольфа Лабана (1879-1958), посвященные изучению движений во время танца и всего того, что передаётся через танец, проводимые в Америке ещё с целью установить влияние танца как метода терапии при психических расстройствах или беспокойствах, привело к созданию ассоциации названной Association Dance Movement Therapy (DMT = танец - движение - терапия). В рамках этой ассоциации специалисты, адаптируя различные пути и специфические формы лечения, улучшают негативные проявления в случаях психической и соматической патологии (Риккардо Ванни).

Путь терапии танцем как «путешествие», в которое мы отправляемся для того чтобы открыть самих себя, таким образом, исследуя собственное тело, свои жесты, а также качество выполняемых движений; это путешествие к открытию собственного стиля, наша возможность выразиться через танец, понять, кем мы являемся, выявить наши сильные и слабые стороны, наши внутренние конфликты. Мы не должны забывать, что человек это «символическое животное»: жесты, движения, звуки голос – все они обладают символической ценностью в том смысле, что являются выражением «чего-либо», сообщает нам и связывает нас

с «чем-либо». Таким образом, танец является физическим проявлением наших духовных переживаний. Мы, также, не должны забывать и о силе музыки и ритма. В чём заключается роль терапевта? В том, чтобы показать человеку дорогу, дать ему идею о том, как он может улучшить самопознание, как более эффективно общаться (в том числе невербальное общение), потому что танец является тренировкой для тела и характера и формирует нас физически и психически. Мы страдаем, потому что у нас есть тенденции к изоляции, не только от других, но и от самих себя, от наших внутренних эмоций, которые мы не всегда хотим слушать или принимать.

Танец это первичный ответ на ритм и музыку, поэтому терапевт использует техники танца, чтобы установить связь пациентов с самими собой. Психиатр говорит с пациентами об их проблемах, в то время как терапевт, при применении танца, использует невербальный язык, язык движений. При терапии танцем эмоциональные проблемы и конфликты выходят наружу посредством ощущений и движений. Посредством гармонизации связей между телом и сознанием, целью терапии танцем является развитие уважения к самому себе и гармонизация внутреннего мира человека с эмоциональными проблемами.

В терапии танцем, пациенты учатся выносить наружу спрятанные страдания. Считается, что выражение пережитых страданий и неудач помогает принять и преодолеть эмоциональные проблемы. Сеанс терапии состоит в формировании маленьких групп, которые находятся под наблюдением терапевта. Иногда пациенты стоят в кругу и, когда начинает играть музыка, они начинают двигать ногами в такт песне. Это помогает им освободиться от враждебности. Посредством музыки освобождаются от дневной рутины. Группы начинают двигаться, бегать, топтать, прыгать вверх. Затем пациенты учатся, как восстановить связь с собственной личностью через прикосновения. Сначала они трогают глаза, волос, уши, затем выбирают партнёров и танцуют с ними. Эти упражнения способствуют различным по динамике, темпу и ритму упражнениям. Целью всех танцев, ритуалов и движений является приобретение уверенности в себе. Несмотря на то, что терапия танцем это новый метод, уже известно, что она обеспечивает эмоциональный выплеск сдерживаемых эмоций, и, в результате, пациенты могут быть направлены по пути развития психического здоровья.

#### **6.4. Терапия искусством**

Изобразительное искусство, рисунок являются общей характеристикой личности, с собственной структурой, с определённым происхождением и с чётко установленной функциональной задачей. Рисунок, как сложная форма выражения,

может не только представить формальную структуру и содержание личности, но также использоваться в психодиагностическом исследовании.

В школах для детей с расстройствами слуха и психическими расстройствами активным методом исследования являются «изобразительные модели» от простых к сложным, техники, применяемые в соответствии с принципами экспериментальной психологии и психодиагноза. Эти «модели» преподносятся субъекту как «задания-стимуль», ответом на которые является форма изобразительного воспроизведения.

Нейропсихология рисунка представляется как сложный процесс выражения личности, с той же ценностью, что и вербальное выражение (устное или письменное). Психологическое основание для объяснения нейропсихологической природы рисунка относится к следующим фактам:

- Рисунок это инструментально-символическая функция создателя, с той же ценностью, что и устное выражение;
- Рисунок представлен на уровне определённых кортикальных сфер;
- Любая травма, полученная на уровне кортикальной сферы рисунка, спровоцирует появление специфического отклонения в рисунке;
- Выполняя нейропсихическую функцию, рисунок может служить формой психодиагностического анализа;

Среди категорий самых частотных расстройств изобразительного искусства, обладающих диагностической ценностью, можно перечислить:

1. **расстройство формы** – изменение формы без изменения её природной сути;
2. **расстройства оформления** формы, которое определяет её бесконечный, бедный, беспорядочный аспект;
3. **расстройства построения** формы, которые состоят в:
  - выделении незначимого элемента
  - стереотипии формы
  - упущении важных элементов
  - цвет не соотносится с формой
4. **расстройства телесной** схемы, к которым относятся:
  - Прозрачность тела
  - Выделенная асимметрия, диспропорция между определёнными частями тела
  - Упущение или добавление определённых частей
  - Тело, представленное «лицом», а голова и ноги «профильно»
  - Асимметричная голова, деформированная, не связанная с шеей
  - Асимметричные части тела
  - „неформатность” – две головы, три руки, много пальцев
5. **расстройства символического смысла формы** - появляются, когда ученик не способен использовать «символические формы» и относится к следующим фактам:
  - цвет не логически покрывает всё тело (например: у головы цвет одежды)

- специальные добавления к рисунку (тени, цветные пятна), которые не несут значения, смысла или символа.
6. **композиционные расстройства.** Композиция это самый сложный вид деятельности в рисунке, которая сочетает в себе многочисленные факторы, включая принципы логической композиции. Эти факторы относятся к ритму, равновесию, масштабу, пропорции, эмоциональной и коммуникативной силе. Эти расстройства относятся к:
- отсутствию отношения между формой, деталями, пространством;
  - композиции со статичными аспектами;
  - частое повторение «схемовых» фигур;
  - аффективная перспектива доминирует над визуальной, нарушая подлинное соотношение между элементами;
  - не уделяют внимание «среде», характерной для темы;
  - цвет не выполняет конструктивную или экспрессивную роль, а выражает только внутренние переживания ребёнка;
  - ограниченный план восприятия, который объясняет бедность, неэкспрессивность выражений.
7. **расстройства цвета.** Вся гармония работы изобразительного искусства опирается на доминирующую тональность, на её субъективное равновесие. Расстройства этого типа относятся к:
- не соблюдению визуальной реальности;
  - отсутствие цветовой гармонии, тонов и нюансов
  - Не логическое использование цветов (красный снег, зеленый волос)
  - Не используется трёхмерный эффект цветов, из-за чего рисунок получается ровным, двухмерным, с беспорядочным аспектом.
8. **расстройство изобразительного пространства** (соотношение композиционной структуры с общей формой). Расстройства относятся к:
- голое, открытое, бедное, статическое, тёмное пространство
  - неравномерное пространство формы слишком больших или маленьких масштабов

Рисунок представляет собой сложный механизм, который с разных сторон развивает психологию человека, имея специфический индивидуальный характер, в соответствии с особенностями данного человека, с его способностями выражаться, культурным уровнем, сферой чувств и полной динамикой его личности.

Освоение языка изобразительного искусства предоставляет возможность людям с психическими расстройствами выражаться. Посредством рисунка можно передать внутренний психический мир человека, также как и при помощи вербального выражения для межличностного общения.

Результаты изобразительных видов деятельности тесно связаны с концепцией оценивания. При определении акта оценивания, деятельность

концентрируется в условиях специализированных школ, на аспектах, которые подлежат оценке и на степени их достижения субъектом.

**Оценивание** демонстрирует, что существуют многочисленные аспекты, которые представляют интерес для познания людей с дисфункциями. Из их многообразия мы можем выделить три группы, которые являются «показателями» для акта оценивания особенностей людей с дисфункциями:

- а) интеллектуальные способности, выраженные на общем уровне развития интеллектуальных процессов: мышление, память, язык
- б) уровень школьной подготовки
- в) личностные качества с особенной ролью для учёбы в школе: черты характера, черты отношения. Выявление тех черт, которые отличают учеников, являются предпосылкой для дифференцированных мероприятий лечения, их отличительной чертой является адаптация учебного процесса к типологии особенностей учеников для достижения успехов в школе.

В случае людей с расстройствами слуха, изобразительному выражению, и именно рисунку отводится самая важная роль в предоставлении информации. Информация предоставляется невербальным способом, единственным способом, который доступен людям с определёнными дисфункциями. У нормального человека вербальное устное выражение доминирует над всеми другими видами выражениями, которые приобретают второстепенный характер в общении. У людей с дисфункциями, у которых вербальное общение отсутствует или находится на втором плане, в сочетании с мимикой и жестиком рисунком становится одним из главных способов общения.

Рисунок используется в процессе знакомства с учениками с ограниченными возможностями, являясь посредником в общении между психологом и субъектом. Его нарративная ценность предоставляет данные необходимые для первого ознакомления. Рисунок используется с целью психодиагностического исследования личности пациента, основываясь на свою экспрессивную и проективную функцию, которая даёт возможность выразить внутреннее психическое содержание. Рисунок также обладает функцией общения и способен передать аспекты, которые человек **не знает, не может** и даже **не хочет** озвучивать.

Также, рисунок может стать эффективным методом психотерапии, действуя как процесс обучения, переобучения и реформирования психических функций. Таким образом, посредством рисунка передаются знания, развиваются способности и логические структуры мышления, развивается процесс межличностного общения.

Рисунок является изобразительно-статической формой представления изображений объективной реальности (внешней и внутренней) субъекта. Он включает в себя три главных аспекта, общие для каждой формы нейропсихического выражения (рисунок, письмо, речь) и который относится к:

- прагматической деятельности - рисование
- продукт деятельности - рисунок
- нейropsychическая функция - изобразительная функция

Трактовка рисунка вызывает множество рассуждений, ориентированных на два направления: **эстетическое** и **психологическое**. Они рассматриваются в совокупности, так как рисунок до того, как стать «работой» является «языком», нейropsychологической, информационной символической системой. Психологическое направление, которое нас интересует, зависит от динамики и структуры личности, рисунок обнажает внутреннее психическое содержание человека, полностью отображая его личность.

Рисунок, в случае людей с расстройствами слуха выступает как «приемлемый язык, который функционирует как специфическая система» конкретных физических знаков посредством которых язык принимает «коммуникабельную» форму в рамках межличностного общения. Такое общение открывает то, что происходит во внутреннем психическом мире человека с ограниченными возможностями. Таким образом, рисунок, как язык, как сообщение является носителем информации, которую передаёт субъект, с определённым значением и в определённой физической форме, специфичной именно этому типу общения (графическо-изобразительное значение). Другими словами, рисунок, как изобразительное сообщение, обладает точной семантической системой, с информационным кодом, которое, в рамках межличностного общения, подчиняется обще-семантическим законам.

Организация, формирование, передача и понимание – на этих аспектах коммуникационного типа основываются многие психо - педагогические мероприятия характерные для специализированных школ для детей с дисфункциями. В их рамках рисунок становится специфичным психо - изобразительным знаком, который объединяет, фиксирует и передает психическую картину. Рисунок проявляется как «как комплексный знак» с информационной ценностью, как семантический ансамбль сообщений, который используется для установления, уточнения и передачи сложной идейно-аффективной информации.

Изобразительное выражение, рисунок, в контексте исследования человека с дисфункцией, выходит за рамки, в которых его рассматривают, как способ копировать реальность. Его значимость относится к:

- Экспрессивная ценность – данные графических жестов, которые переводят некоторые аспекты, связанные с темпераментом и природой тонико-эмоциональных реакций субъекта;
- Проективная ценность – относится к способности рисунка предоставить подлинную картину личности субъекта (внутреннее психическое содержание);
- Нарративная ценность – привлекает внимание, находясь под влиянием поиска того, в чём заинтересован субъект, выборов тем рисунка, все это

находится в соотношении с личным опытом, воспоминанием, воображением;

- Ассоциативная ценность – посредством, которого рисунок предстаёт как совокупность значений и, таким образом, содержание рисунка (тема, стиль) приближается, в психологической обработке, к мечте.

Помимо чисто психологических аспектов, которые определяют рисунок и изобразительное выражение, существуют и предметы другого происхождения, которые консолидируют его качества на уровне: образования, культуры, социальной и семейной среды, и др.

**Формы**, в которых рисунок может использоваться как терапевтический метод, неограниченны для работы терапевта. Принимая во внимание, что он является составной частью символической функции и представляет её экспрессивную сторону – форму общения, которая не подвергается моральной цензуре. Она используется для того, чтобы выявить экспрессивную ценность глубоко личных проявлений, того, что сдерживалось нормами, правилами, сообществом, обществом. Также, необходимо подчеркнуть, что все произведения на свободную или на заданную тему, не должны оцениваться с эстетической точки зрения, Эти работы преследуют терапевтическую цель и, только, посредством обучения, инструктирования можно затрагивать и эстетические элементы, но они не должны доминировать при выполнении работы.

Психомоторная функция, которая, как известно, является беспорядочной, напряжённой, посредством обучения и направленной терапии, может стать структурированной. Также, способ, который обучает использованию цветов, является специфическим методом терапии. Установлена связь, которая существует между цветом и психо-аффективным состоянием, поэтому опыту работы с цветом необходимо уделять особое внимание. Экзистенциальные значения человека отражены в способе использования цвета в рисунке, картине, одежде и т.д.

Как у человека с психическими расстройствами, так и у человека с расстройствами слуха использование определённых цветов может предоставить информацию о чувствах, эмоциях, состояниях, переживаниях человека, его школьной, семейной и общественной жизни. Цветовая гамма у людей с психическими расстройствами ограничена, с элементами «стереотипов» при использовании тех же цветов; глухонемые используют более широкую цветовую гамму, включая промежуточные цвета: серый, лиловый, фиолетовый, оранжевый, голубой и т.д.

В технике тематического или направляемого рисунка, по изображению предмета или предметов, есть возможность обучить использованию цветов при помощи определённых упражнений. Если ребёнок со слуховыми расстройствами может правильно передать цветовую гамму предметов, даже без их присутствия, то ребёнок с психическими расстройствами монотонно ассоциирует цвет с предметом или его изображением. Ни один рисунок человека с психическими

расстройствами не будет обладать красками пейзажа, например, нарисованный в правильном сочетании изображения с тем, что он представляет. Ни один рисунок не сможет передать действенный смысл – движение или последовательность человеческих действий.

Терапевтическая система, которая не принимает во внимание все стороны человека, не вписывается в вышеупомянутые координаты. Образовательные и терапевтические программы разрабатываются аналитически, вплоть до уровня некоторых операций и навыков, но постоянно учитывают «человека в его целостности».

### **Отличительные черты терапии искусством.**

Художественная ценность, выраженная способами изобразительного искусства - моделированием, рисунком, картиной, скульптурой, мимическим и жестиккулярным выражением, сценическим искусством, музыкой – играет важную роль в образовательно-терапевтическом процессе.

### **Способы использования материалов специфичных искусству.**

Эдиф Крамер выделяет пять различных способов, в которых можно использовать материалы, специфичные искусству. Первые четыре не относятся к искусству и объясняются как предварительные стадии, симптомы дисфункции, которые отображают психологическое отклонение или ограниченность в общении.

- **Первая категория** состоит из предшествующих видов деятельности – исследование физических способностей материалов, которые не приводят к формированию символических конфигураций, но рассматриваются как позитивные.
- **Вторая категория** описывается как хаотические действия, как например, закрашивание, зачёркивание, покрытие пятнами – разрушительные компоненты, которые объясняются потерей контроля.
- **Третья категория** – стереотипы – могут принимать форму копирования, стереотипного повторения. В рамках этой категории выделяют два типа:
  - Конвенциональные стереотипы;
  - Жёсткие или странные стереотипы, которые понимаются индивидуально.
- **Четвёртая категория**, которая является самой противоречивой – пиктография – изобразительное общение, которое заменяет или дополняет слова.
- **Пятая категория** – формальное выражение – объясняет происхождение некоторых символических конфигураций, которые



успешно помогают не только самовыражаться, но и общаться. Для Е. Крамер, только такой способ использования материала является искусством в полном смысле этого слова, потому что он вызывается чувствами и служит аналогом для различных форм человеческого опыта.

Категории, выявленные Крамер, не подвергаются жёсткому разграничению. Поэтому ребёнок может начать с предшествующих видов деятельности и закончить формальным выражением, а может регрессировать к хаотическим действиям.

**Эффекты терапии искусством:**

- Повторная актуализация внутреннего мира;
- Определение человека;
- Устранение конфликтов;
- освоение культурных символов;
- аффективное равновесие;
- аффективно-эмоциональное разграничение;
- компенсация некоторых утраченных способностей;
- повышение самооценки – социализация.

**Цели экспрессивной психотерапии достигаются посредством:**

- восприятия культурных символов и фактов;
- аффективно-когнитивного восприятия символов;
- имитации и выполнении символов;
- их трансформации в собственные виды деятельности;
- развития некоторых форм интереса, компенсации, мотивации;
- выбора способов и видов деятельности познания;
- обеспечение чувства комфорта посредством этих упражнений.

На сегодняшний день существует большое количество научных работ и исследований, связанных с ролью художественного выражения нормального ребёнка. Они также используются как средства интерпретации людей с патологиями или болезнями.

**Психология патоизобразительных видов деятельности:**

- моделирование из пластилина или глины;
- скульптура;
- картина или рисунок;
- декорации;
- изготовление игрушек – кукол-марионеток;
- рукоделие;
- танец – музыка - театр;
- вербальная терапия

Стратегии терапии искусством доступные людям со специальными потребностями:

1. **Моделирование из пластилина и глины** является базовым уровнем художественного выражения. Контакт с каким-либо материалом, в том числе с глиной, провоцирует состояние удовлетворения, комфорта. Произведённая работа, не зависимо от её художественной ценности, придаёт мотивацию и способствует изменению представления о себе. Высоко ценятся психотерапевтические эффекты работы в группе и возможности самоутвердиться в социальном плане, например, посредством организации выставок (на уровне всех специализированных школ).
2. **Скульптура.** Некоторые авторы включают её в техники терапии искусством. Дерево или другие материалы, благодаря своей устойчивости, требуют повышенной психомоторной активности. Приспосабливание некоторых природных материалов и их превращение в предметы искусства или в полезные объекты, могут выявить определённые внутренние напряжения и, в тоже время, обеспечить психическую разрядку посредством феномена катарсиса.

Другой группой техник, используемых в терапии искусством, являются картина, декорация различными материалами, включая стекло, художественный рисунок, изготовление игрушек, рукоделие, иллюстрирование. Их применение на практике предполагает, в большей или меньшей степени, чувство цвета и размера, более тонкие движения, заинтересованность, финальный результат продукта должен приносить удовлетворение. Некоторые из них требуют богатого воображения и фантазии, утонченной и скрупулезной работы, в большей степени, будучи доступными как детям, так и взрослым. Все эти виды деятельности можно широко использовать для обучения людей с ограниченными возможностями (рисунок или картина, нарисованные при помощи пальцев ног).

3. **Картина** и художественный рисунок являются очень эффективными, и в тоже время очень доступными методами лечения, требуя только кисточки, красок, карандашей и бумаги. Они доступны всем людям с ограниченными возможностями, у которых хотя бы немного присутствует художественный вкус. Используемые приёмы зависят от типа дисфункции, начиная с рисования пальцами или кисточкой, которые можно держать во рту, до современных методов, таких как бросание, распыление и т.д. Картины могут быть спокойными или более интенсивными, передавая психические состояния субъектов.
4. **Декорирование разными материалами** – глина, стекло, кость, мрамор, мозаика, маленькие частицы (камешки, скотч и т.д.), на целых стенах, на тротуаре, сделанном из мрамора или мозаики.

Как и другие виды деятельности, связанные с цветом, декорирование можно использовать для борьбы с расстройствами восприятия цвета, а также других дисфункций.

5. **Изготовление игрушек, марионеток**, также как и рисунок и картина, входит в категорию видов деятельности, которые ищут общение посредством открытия новых возможностей, что позволяет нам проектировать собственные переживания, а также свободу выражения. Данный вид деятельности требует труда, воображения, таланта, эстетического вкуса и позволяет открыть предпочтения и наклонности субъекта. Психические расстройства являются первым показателем для таких групповых видов деятельности, которые предоставляют возможность для психической разрядки и практическое завершение, как и все художественные виды деятельности, которые составляют мир фантазий, воплощения собственных желаний, мечтаний и стремлений. В силу своих возможностей, игрушки и игры могут быть приспособлены так, чтобы способствовать развитию сообразительности, потому что их использование предполагает более интенсивное использование определённых суставов, развитие визуально-моторной координации, развитие мышц и суставов.
6. **Рукоделие** это способ выражения, который вдохновляют фольклорные темы, которые отражают культуру сёл, их архитектуру, обычаи. Ковры, блузки, чашки, ложки, бутылки, предметы, изготовленные из скотча и более сложные техники – всё это способствует тренировке жестов, подвижности суставов, развивает эстетический вкус и чувство.
7. **Танец. Пантомима** это танец, выражающий специфические жесты персонажа или действия. Он может иметь музыкальное сопровождение, могут использоваться маски. Процедуры:
  - Можно имитировать персонажей, известных из жизни или литературы.
  - Для агрессивных на первой стадии можно имитировать разбойников (для снятия напряжения), а затем имитировать проигравшего.

*Танец в паре* – особенно хорошая техника для подростков. Пара – самая сильная форма социального общения или отношения.

Формирование пары предполагает выбор для того, чтобы:

- Выход из конфликта;
- Выход из ситуации маргинализации;
- Публичное выражение инициативы, желания;
- Просьба войти в отношения;
- Выполнение подсознательного диалога между нормальными инстинктивными силами и направление глубинных тенденций;
- Проведение социального диалога;

- Установление аффективной позитивной ситуации;
- Усвоение положительного социального поведения;
- Освобождение импульсов от напряжения.

Посредством межличностного напряжения развивается целая гамма чувств – любовь, повышается самооценка, изменение представление о себе, положительное восприятие другого.

Танец в паре позволяет выплеснуть сдерживаемые эмоции, что благотворно влияет на уравновешенность человека

**Терапия вербального выражения** выявляет стиль общения посредством языка – «стиль делает человека», С.Ж. Брюнер, Монтагус и Лурия доказывают:

- Роль языка в организации поведения;
- Роль языка в обучении социальных поведений;
- Роль языка в социальном становлении;
- Соотношения между речевыми и поведенческими расстройствами;
- Отношение между изменениями в вербальном восприятии и социальном и моральном поведении.

Последствия речевых дисфункций для человека.

- а. С одной стороны влияние речевых расстройств изменяет возможность человека социально адаптироваться;
- б. Речевое расстройство может влиять на представление о собственной ценности и ценности других, поскольку речь несёт важную аффективную нагрузку;
- в. Самый важный аспект, подверженный влиянию расстройств речи – это восприятие, представление и структура моральных ценностей.

В случае вербальной терапии, в первую очередь, цель направлена на катарсис. Катарсис это процедура схожая фактурой психотерапии Фрейда. Он достигается тремя способами:

1. Свободное повествование о конфликтных ситуациях;
2. Письменный рассказ о ситуации, ставшей причиной конфликта;
3. Субъекту даётся тема и его просят представить, как могла бы развиваться ситуация – начинается свободная беседа на базе индивидуальных техник.

Рассказ стихотворений:

- Выбирается понравившееся стихотворение;
- Его рассказывают и записывают на плёнку;
- Слушают запись и снова рассказывают;

Эта техника рекомендуется для правильного усвоения звуков, их значений, правильного произношения, особое внимание при этом уделяют аффективным аспектам речи.

**Театрализация или исполнение ролей.** Субъекты выбирают и учат роли, необходимо позаботиться о том, чтобы значение и содержание материала были

адаптированы целям. Таким образом, проводится социальное и поведенческое обучение. Исполняемые роли становятся инструментом межличностных действий. Базовым принципом является смена ролей между протагонистами. Таким образом, достигаются взаимодействия, которые через роли, становятся действиями.

**Ребёнок и рисунок.** Среди многочисленных аспектов, в которых проявляется личность ребёнка, рисунок включает в себя следующие три:

**А. Экспрессивная ценность рисунка**

Графические жесты, то, как ребёнок обращается с белой поверхностью, выбирает формы и расположение деталей – всё это элементы, которые выражают эмоциональные состояния, темперамент или то, что называют экспрессивной ценностью рисунка. Что касается графического жеста, особенно отличается жёсткая, агрессивная линия (которая может порвать бумагу) от колеблющейся, едва начерченной линии. Поэтому, некоторые авторы считают, что изучение рисунка не сильно отличается от графологии. Была разработана классификация разных типов штрихов и были предприняты попытки графического соотношения между определёнными типами эмоций. Например, удалось выявить существование связи между графическим выражением, юмором и характером.

Аналогичная связь существует между пространственно-временным аспектом, в котором находится ребёнок и его графическим пространством, другими словами, существует параллель между его пульсацией и графическими движениями. Амбициозный ребёнок, который стремится утвердиться в любом месте и в любой момент, нарисует рисунок, в котором будет закрашено всё пространство бумаги. Зачастую, систематическое заполнение всего листа может служить знаком незрелости, а использование очень маленького пространства может служить знаком дисбаланса.

Символическая концепция пространства (Пулвер) предполагает деление листа рисунка три горизонтальные и две вертикальные зоны. Верхняя горизонтальная зона символизирует идеалы, средняя – центры интереса ребёнка, нижняя зона – его примитивные импульсы; правая вертикальная колонна представляет будущее, а левая – прошлое. Эта концепция является спорной. Стремление к верхней зоне страницы указывает на гордость, а нижняя зона иллюстрирует стабильность и сильную привязанность.

**Изучение форм** (Роуз Алшулер и Б. Вейс Хатвик) предполагает сравнение между графическим стилем и эмоциональной жизнью ребёнка. Таким образом, дети, проявляющие особенный интерес к прямым линиям и углам – это реалисты, зачастую с хорошими организационными способностями и инициативой. Наоборот, те, кто предпочитает линии с изгибами, являются очень чувствительными, неуверенными в себе, поэтому им необходимо одобрение родителей. Преобладание круговых форм является знаком незрелости и женственности, равновесие между круговыми и вертикальными линиями говорит о равновесии и контроле импульсов; преобладание вертикальных линий говорит

об активном темпераменте, энергии, мужестве. Более редко преобладают горизонтальные линии, что указывает на психологические конфликты.

Исследователи занимаются изучением **расположением, ориентацией линий в пространстве**. Таким образом, противопоставляется решительный характер тех, кто проводит линии в последовательном направлении, с импульсивным характером тех, у кого линии расположены беспорядочно. Преобладание угловых форм говорит о регрессивности, предрасположенности к зигзагу и отрывистым линиям является обозначением нестабильности, а предпочтение точек или маленьких знаков говорит о склонности к порядку и скрупулезности.

**Цвет** также обладает экспрессивной ценностью. Каждый цвет обладает собственными эффектами. Холодные цвета, особенно голубые тона, говорят о тенденции к стремлению «убежать» от нашего взгляда, в то время как красные тона «движутся» по направлению к нам. Существуют цвета, которые дополняют или противопоставляются друг другу. Некоторые сочетания производят впечатление гармонии, последовательности, другие, наоборот, дают противоположный эффект. Само понятие тёплого или холодного тона является значимым и является связанным с физическими характеристиками. Эти эффекты цветов вызываются и соответствием между определёнными цветами с природными элементами. Например, красный и кровь, символ жизни, плодородия и, в то же время, ранения; между голубым и небом или водой; между зелёным и растительностью; между жёлтым и огнём или светом. Соотношения между цветом и природой говорит также о различных переменных состояниях. Например, непрозрачные и тёмные тона говорят об устойчивости материала, в то время как живые цвета характеризуются воздушностью, игрой цвета.

В рисунках детей можно прочесть чувства радости, гармонии или, наоборот, напряжения. Тёплые цвета служат признаком открытых детей, хорошо адаптирующихся в группе, в то время как нейтральные цвета характеризуют закрытых в себе детей, независимых и, часто, агрессивных.

Красный, любимый цвет маленьких детей, позже будет выражать проявление враждебности или агрессивности.

Среди детей, которые используют голубой, можно выделить две группы: те, которые подчиняются внешним правилам, но не принимают их в глубине и те, которые также подчиняются правилам группы и принимают их.

Чёрный выражает подавленность, страх и депрессивное состояние; оранжевый состояние счастья и расслабленности; фиолетовый конфликт, напряжение. Также интересным является рассмотрение выбора цветовых нюансов и их представление, наложение одного цвета на другой говорит о конфликте между различными тенденциями; изоляция цветов говорит о скованности с страхе, смешивание цветов говорит о незрелости и импульсивности.

## **В. Проективная ценность рисунка**

Общий стиль изображения выражает фундаментальные аспекты мировоззрения ребёнка и составляет проективную ценность рисунка. Проективная ценность рисунка относится к эффекту, который он производит, стилю как тональности (в психоанализе проекция имеет хорошо определённое значение, значение «проективный», используемое здесь, отличается от психоаналитического).

Таким образом, в рисунках некоторых детей могут доминировать движение и цвет, возрастающие и нисходящие движения, предпочтительное использование определённых цветов, в то время как у других превалирует равновесие, персонажи находятся во взаимосвязи, линии чёткие и одинаковые, а использование цветов производит впечатление гармонии.

Франсуа Минковска выделяет два типа темперамента «рациональный», который представляется абстрактным, неподвижным, твёрдым и жестким, с отсутствием движений, «интуитивный», в котором больше думают, нежели чувствуют, различают и отделяют объекты по чётким контурам; «сенсорный», в котором, наоборот, больше чувствуют, нежели думают, он видит мир в движении, в живых красках, отдалён от абстракции.

Как в свободных рисунках, так и в рисунках с заданной темой раскрывается эта оппозиция. Ребенок с сенсорным темпераментом интересуется знакомыми предметами, ему нравится их собирать, что придаёт его рисунку впечатление особенного богатства. В его пейзажах появляются дома, мосты, люди. Каждый объект представлен детально, с особой заботой, всё очень живое, всё движется. Выбор цветов тоже о многом говорит. Сенсорный тип любит живые, реалистичные цвета, цвет доминирует над формой и в своей совокупности производит впечатление света и жизни.

### **С. Нарративная ценность рисунка**

Рисунок ребёнка также отражает его интересы, вкусы и предпочтения. Это заставляет ребёнка рисовать именно этот рисунок, а не другой. Реже ребёнок выбирает тему рисунка по предложению другого человека. Чаще всего выбор предмета определяется ситуацией. Созерцание предмета, которое запечатлевается в сознании, также может послужить выбором темы рисунка. Например, новизна предмета: самолёт, фрукт и т.д., зачастую, не сам объект стимулирует выбор, а воображение. Например, в случае фотографии, не столько объект, а сколько его репродукция восхищает ребёнка, особенно если он находит способы передать его в изображении.

Также, предыдущие рисунки вызывают сильную привязанность и приводят к повторению одних и тех же тем. Иногда, из-за каких-либо ошибок, импровизаций, ребёнок находит новый смысл в привычной схеме или открывает возможность изображать новый тип предметов. Выбор темы рисунка определяется двумя аспектами: желание изображать определённый объект, удовольствие от воспроизведения определённых графических схем и намеренные

или непреднамеренные попытки применять эти схемы для изображения новых предметов.

Прямая имитация объекта (в рамках нарративной ценности рисунка) играет здесь второстепенную роль. То, что нравится ему, не даёт иллюзию присутствия предмета, а даёт ему возможность воспроизвести его в рисунке. Ребёнок копирует реальные предметы, потому что такое упражнение помогает им улучшить их привычные схемы. Выбор предметов зачастую связан с пережитыми ситуациями, предпочтениями, повседневной деятельностью, содержанием книг, которые их впечатлили, и т.д.

Выбор предметов и тем является очень интересным. Один ребёнок изобразит домашние сцены, животных и т.д., другой военные, агрессивные сцены, сцены спортивных соревнований. За этими сценами стоят желания, мечты и стремления детей. Повторение некоторых тем обладает огромной индикативной ценностью. Например, в рисунке деревни/города у эмоционально-нестабильных детей часто появляются длинные извилистые улицы.

В заключении можно отметить, что рисунок ребёнка и диалог с взрослым могут открыть структуру и динамику личности ребёнка, его эмоциональные отношения с миром, приближенность или отстранённость. Рисунок и картина дают ребёнку возможность выражения, структурирования и развития собственной личности и обладают психотерапевтической ценностью.

Представитель Активной Школы, Мария Монтессори говорила «мы не учим наших детей для сегодняшнего мира. Сегодняшний мир не будет существовать, когда они будут большими и мы не можем знать каким он будет тогда. Значит нужно учить их адаптации». Для того чтобы дети в дальнейшем могли адаптироваться к школе, обществу, необходимо стимулировать и формировать творческий аспект. Эта фундаментальная задача может быть достигнута посредством художественного обучения.

**Терапия графического и художественного выражения** обладает формативной значимостью, которая способствует появлению ценных обучающих ситуаций, которые выявят не только эстетическую ценность, но и этическое и социальное содержание художественных тем.

Другой целью художественной психотерапии является предоставление индивиду возможности эстетического идеала, сформировать у него эстетическое поведение и отношение, целостно развить его личность посредством ценностей искусства. Эта терапия приносит прекрасное, потребность в прекрасном, осознание этой потребности в жизнь и деятельность ученика. Посредством этого метода терапии понимается личность ученика, уменьшаются различия между обычными учениками и учениками со специальными потребностями. Пробелы можно заполнить посредством как можно более эффективного сочетания и развития трёх фундаментальных компонентов личности: способности, которые выражают уровень выполнения и эффективности в определённом виде деятельности; темперамент, который выражает динамико-энергичный аспект; и



характер, который определяет способы взаимодействия человека с окружающими, психический и моральный профиль каждого.

Таким образом, посредством психотерапии графического и изобразительного выражения (моделирование, рисунок, скульптура, картина и т.д.) происходит усвоение основных элементов изобразительного языка, развивая возможность выразить мысли быстрее и легче, чем при вербальном выражении.



**Вопросы на повторение Тема 6:**

1. Охарактеризуйте способы проведения процесса терапии игрой при реабилитации детей с дисфункциями.
2. Аргументируйте необходимость использования мелотерапии в психосоциальной терапии.
3. Расскажите о значении терапии танцем в успехе трудотерапии.

Перечислите формы терапии искусством. Расскажите о методологических требованиях для их организации

**Ключевые понятия:** эрготерапия, секция эрготерапии, эрготерапевтическое вмешательство

2. Выберите музыкальные произведения, которые будут способствовать достижению различных целей мелотерапии. Классифицируйте их в зависимости от возраста бенефициаров и поставленных целей.
3. Расскажите о преимуществах терапии игрой для психосоциальной реабилитации человека.

## Тема 7. Методологические основы для организации процесса эрготерапии

- 7.1. Эрготерапия: дефиниции, задачи, фазы
- 7.2. Прикладные элементы эрготерапии.
- 7.3. Эрготерапия и люди с психическими и физическим дисфункциями

### Задачи:

- Знать суть процесса эрготерапии
- Объяснять способы организации и функционирования секций эрготерапии
- Уметь организовать и провести процесс эрготерапевтического вмешательства.
- Понимать, как эрготерапия может помочь разным категориям

### 7.1. Эрготерапия: дефиниции, задачи, фазы.

В специализированной литературе эрготерапию определяют двояко:

- В **широком смысле** - эрготерапия является синонимом терапии посредством труда, как один из методов трудотерапии.
- В **узком смысле** - процедура лечения, которая разворачивается в рамках специализированных секций и отделов в больницах и учреждениях, а также в специализированных школах.

Принимая во внимания сферы применения эрготерапии (локо – и нервно – моторные патологии, психические и неврологические болезни, респираторные, ревматические, гериатрические, педиатрические, сердечные заболевания, психические и сенсорные расстройства), **внутренними целями являются:**

- Устранение простых расстройств, обучение жестам, то есть лечение моторных дефицитов;
- повторное обучение средствам выражения, включая речь, поведение;
- восстановление психомоторной независимости больного;

**Внешними целями являются:**

- полное или частичное восстановление способности трудиться;
- вовлечение в профессиональную и социальную деятельность;
- содействие процессу достижения зрелости.

**Полное или частичное восстановление способности трудиться** – обеспечивает экономическую и социальную автономию посредством активного сотрудничества с субъектом, по его собственному убеждению, через его желание и заинтересованность соответствовать запросам нормальной жизни.

То есть, она обладает экономическими ценностями, но экономическая ценность эрготерапии является второстепенной, поскольку:

- сокращает период нетрудоспособности;
- является средством обучения людей с ограниченными возможностями зарабатывать трудом;
- Главной задачей эрготерапии является не создание ценностей, а помощь бенефициару восстановить отношения с обществом и жизнью. В центре интереса находится не качество продукта, а то, что чувствует бенефициар, его возможность снова быть активным, создавать что-то новое, это также является очень важным для общества.

Экономическая ценность эрготерапии породила противоречия. Изучения, проведённые под эгидой ЮНЕСКО относительно экономических аспектов обучения в специализированных школах, проведённые в 3 государствах, Чехии, Новой Зеландии и США, установили степень и способ, которыми психически больной человек может достичь экономической независимости, вследствие процесса специальной помощи, лечения, обучения. Эти исследования рассматривают:

- степень экономической независимости
- соотношение между усилиями общества и выгодами, извлечёнными, как личностью, так и обществом.

Изучение ФР. КАБЭЛЬ относительно обучению в Чехии, классифицирует психические расстройства в 4 группы, в соответствии с критериями профессионального прогнозирования, степенью достижения экономической независимости, вследствие «комплексного лечения».

- Первые две группы характеризуются полной недееспособностью (потребность в продолжительной помощи, иногда могут играть определённую роль в обществе, в специальных условиях);

- 3-я группа – извлекает выгоду из социальной помощи, чтобы в зрелом возрасте быть способными выполнять соответствующие виды деятельности, обладая частичной способностью трудиться;
- 4-я группа с нормальными социальными и профессиональными возможностями (включает людей с социальными и культурными расстройствами).

Исследования Брэдока относительно специального обучения в США выделяет оценочные критерии бенефициаров, которые им приносит специальное обучение – экономическая и социальная независимость.

1) понятие автономии.

Автономия носит относительный характер и может быть определена в 3 аспектах:

1. семья или семейное размещение;
2. обучение;
3. занятие (рабочее место в условиях конкуренции).

В каждой области существуют различные степени автономии – от автономии приближенной к нормальной до относительно независимой, которая требует специальных условий.

Согласно Брэдоку, «иметь дисфункцию в одной области, не означает быть неспособным и в другой сфере».

2) Второй целью, которую преследует лечение в трудотерапии это **вовлечение, повторное вовлечение или направление в социальную и профессиональную деятельность.**

3) Третья задача относится к **ускорению процесса зрелости.**

Эрготерапия, которую считают средством достижения зрелости, начинается с инфантильной стадии, из-за процесса регрессии, который появляется как следствие дисфункции, и заканчивает уровнем зрелости, психическое развитие при этом соответствует возрасту, школьной подготовке и жизненному опыту субъекта.

**Аспекты повторной профессиональной реадaptации**

При решении проблем профессиональной адаптации необходимо учитывать 10 сфер существования человека с ограниченными возможностями, предложенными Эйнер Хеландер: семейная жизнь (жильё, дети, образование, обучение, непосредственное участие в жизни сообщества); досуг; публичные услуги (доступ к транспортным средствам), возможности установления контактов; экономическое положение (компенсация потерь вследствие недееспособности); участие в политической жизни (право голоса и роль в публичной администрации).

### **Эффекты Эрготерапии**

Будучи активной и последовательной, терапия занятостью и трудом противопоставляет в своих мероприятиях возможности отказа от частотных эффектов болезней и продолжительных госпитализаций. Как только больной выводится из этой системы, эти мероприятия мобилизуют его энергию, волю, желание выздороветь.

1. Возможность быть вовлечённым в виды деятельности, которые нравятся ему, способствуют **снижению беспокойства**; приносит пользу когнитивным способностям таким как: планирование, память, концентрация и причинно-следственные связи; способствует повышению **уважения к себе** и доставляет удовольствие личности.
2. Возможность работать для того, чтобы преодолеть моторный дефицит посредством выполнения некоторых адаптированных упражнений и, иногда, специально спроектированные приспособления, которые облегчают движения; продолжительное использование тела в определенных видах деятельности и легкие, последовательные движения.
3. Возможность приобрести способности и навыки вопреки дисфункции улучшает представления о себе и консолидирует физические и когнитивные навыки.
4. Возможность делать что-либо даёт возможность наряду с другими выполнять одни те же действия, шансы выполнять задания совместно, быть независимым и улучшить навыки общения.

Возможность вовлекаться в ежедневные виды деятельности способствует улучшению состояния, естественной релаксации, устраняет пагубное воздействие проблем, связанных с бездеятельностью.

Эффекты терапии (Штейндлер) посредством занятости и труда многообразны:

- 1) Физические,
- 2) Психические,
- 3) Психосоциальные
- 4) Экономические

Штейндлер формулирует их следующим образом:

1. с физической точки зрения растёт мышечная сила и сопротивление к усталости, развивается координация моторики и скорость движения.
2. с психической точки зрения обнаруживается благотворное влияние, снижается эмоциональность, освобождается потенциальная энергия, развивается внимание, сменяются доминантные психические тенденции, приобретается уверенность в себе и возможность самовыражения, развивается инициатива;

3. с социальной точки зрения развивается ответственность, способности сотрудничества и устанавливаются социальные контакты.
4. с экономической точки зрения обнаруживаются профессиональные реакции, появляется привыкание к деятельности в секциях, помогает пациентам в их содержании в учреждениях.

### **Фазы процесса эрготерапии**

Согласно терминологии Рид (1980), процесс эрготерапии характеризуется четырьмя фазами:

1. **формативным оцениванием** – включает все подходы, которые предоставляют информацию о субъекте, способствуют анализу информации о субъекте, предмете лечения;
2. **оценка плана лечения** – группирует все задачи лечения, а также программу и техники лечения, тип занятий и пространственно-временной аспект;
3. **эрготерапевтическое лечение** – охватывает программу и включает планирование каждой секции, каждого предложенного упражнения.
4. **суммарное оценивание** – соотносится со степенью эффектов терапии и её эффективностью.

Выбор содержания фаз требует клинический и педагогический опыт. Разграничение фаз эрготерапии делает её процесс более лёгким. Эти четыре фазы не включают все типы действий, выполняемых в рамках эрготерапии.

Социальная реабилитация людей с дисфункциями избегает состояния социальной зависимости посредством вовлечения в экономические схемы определённого числа людей, которые, таким образом, способствуют национальному доходу. 3 компонентами эрготерапии являются:

- **превентивный аспект**
- **лечебный аспект**
- **восстановительный аспект**

**Восстановление** это сложный вид деятельности, который включает медицинские, социальные, профессиональные методы, применяемые различными специалистами (медиками, био-инженерами, психопедагогами, экономистами, кинето-терапевтами). Эрготерапевт также применяет различные вспомогательные приборы и техники для людей с ограниченными возможностями, направленные на обеспечение их автономии.

Применяемые технические средства это «системы трансформации окружающей среды для того, чтобы облегчить приближение, принятие и интеграцию человека с ограниченными возможностями в среду его жизни».

С точки зрения предназначения, это:

- **средства передвижения** (костыли, кресла, автомобили и другие приспособления)
- **средства, используемые в повседневной жизни** (самообслуживании при одевании и раздевании, обслуживании стола и т.д.)
- **бытовые вспомогательные приборы** (для мытья, расчёсывания, готовки, шитья и т.д.)
- **аудиовизуальные и рекреативные средства.**
- **Профессиональные приборы и средства** (приспособленные для работы инструменты, системы передвижения на определённые дистанции)

При выборе видов деятельности терапевтического характера необходимо принимать во внимание физические, психические, профессиональные и социальные аспекты в соответствии с особенностями дисфункций и личностью субъекта.

**А) Физический аспект** – движение это основной элемент в улучшении и/или восстановлении повреждённых функций:

1. **амплитуда**, которая должна быть более полной при повреждённой артикуляции, чего можно достигнуть при помощи приспособленной позиции при регулировании определённых аппаратов или посредством используемых материалов. В процесс восстановления вовлекается вся совокупность вспомогательных средств и аппаратов, например, протезы (корсеты) для того, чтобы постоянно быть в правильном положении.
2. **сопротивление усилиям** которое можно развить посредством использования различных материалов, дерево, шерсть, или посредством использования инструментов различной формы и тяжести.
3. **координация движений** начиная от движения только частей конечностей, заканчивая движениями с широкой амплитудой (шитьё, работа по керамике) или мелкие движения (рисунок, письмо, работа на клавиатуре).
4. **повторение** в целях уравнивания периодов сжатия и расслабления мышц, для тренировки мышц и избежание усталости.

**В) Психический аспект** – преодоление сопротивления, оказываемого больным или инвалидом благодаря изменению физического состояния, вследствие более долгих или более коротких периодов деятельности. Для выполнения определенных операций или предметов, необходимо учитывать его возможности и его психическое состояние, чтобы не превысить его возможностей.

**С) Профессиональный аспект** – не включает как абсолютное условие возвращение к прошлой профессии субъекта (рабочий, интеллектуал), предпочитая, особенно на начальном этапе, виды деятельности, которые отличаются от его прежнего занятия, а затем возвращение к базовой деятельности. Роль эрготерапии заключается в обращении к жестам, связанным с предыдущим ремеслом, для того, чтобы исправить дефекты

моторики и психики, а также способствовать естественному, свободному и прогрессивному протеканию этапов вовлечения в трудовую деятельность.

В случае **профессиональной переориентации**, можно провести психотехническое тестирование.

**Д) Социальный аспект** – социальную интеграцию субъекта можно облегчить посредством элементов и жестов самообслуживания, связанных с повседневной жизнью, даже в случае людей с ампутированными конечностями для того, чтобы подготовить жесты для бытовой деятельности, при использовании инструментов и мебели с приспособляемыми элементами (специальные ручки, небьющая посуда, легкодоступные столы и стулья, и т.д.)

Восстановительная деятельность дополняется вспомогательными средствами, используемыми в отделениях эрготерапии.

## **7. 2 Прикладные элементы эрготерапии**

### **А. Организация сеанса эрготерапии.**

Мероприятия эрготерапии можно организовывать как для госпитализированных пациентов, так и для тех, кто находится на амбулаторном лечении в дневных стационарах, лабораториях здоровья, восстановительных центрах и т.д. Эти мероприятия можно проводить как в палатах для больных, так и в специальных ремесленных помещениях, вспомогательных хозяйствах, в последнем случае их применяют под формой лечения трудом.

Пристройки и хозяйства для проведения мероприятий эрготерапии организуются и функционируют на законных основаниях, которые регламентируют учреждение и организацию добавочных хозяйств в рамках учреждений и предприятий. Под добавочными хозяйствами понимаются самофинансируемые отдельные единицы, с собственным планом производства и продукции, и с определёнными ценами на рынке.

У вспомогательных хозяйств нет такого статуса и они функционируют как отделения, секции учреждений, а их деятельность полностью финансируется и включается в финансовый план санитарных учреждений или учреждений социальной помощи, будучи их структурой, они реализуют их продукцию по реальной рыночной стоимости.

На данный момент, мы не можем говорить о существовании в нашей стране полноценной, основанной на богатом опыте научной базы в области эрготерапии, которая является базовой в разработке индивидуальных терапевтических методов. Поэтому, в основном, при практике эрготерапии опираются на специализированную иностранную литературу.

Организация сеансов эрготерапии, приоритеты или выбор терапевтических методов подразумевают различные мероприятия. Требования для организации мероприятий эрготерапии:



1. проведение определённого мероприятия предполагает изучение рабочего места, инвентаря, рабочих планов и расположения кабинета;
2. организация мероприятий эрготерапии, предназначенных для ребёнка требуют специального рабочего места и инвентаря;
3. специальная подготовка для повседневной жизни на протяжении значительного периода времени работы с пациентом, требует специфического ремонта рабочих зон, специальных материалов и видов деятельности;
4. сеансы, которые предполагают использование экспрессивных техник (картина, рисунок, куклы, танец и т.д.) требуют определённых материалов и определённого расположения мебели.

Организация труда в сеансах эрготерапии относится к совокупности мер, целью которых является рациональное использование как медицинского лечения, так и возможностей реализации, усилий занятий и труда субъекта, включённых в процесс восстановления.

В рамках сеансов широко практикуется разделение труда, а среди его форм выделяют:

- a. – разделение труда на операции;
- b. – разделение труда на предметы; (дисциплины)
- c. – разделение труда в зависимости от квалификации;
  - a) Субъект должен выполнить одну операцию или небольшое число одинаковых операций на одном типе машин или на нескольких. Это позволяет больному быстро освоить навыки необходимые для его более быстрого восстановления, навыки полезные для будущего рабочего места, для профессиональной интеграции.
  - б) Предполагает разделение работы в зависимости от психических и умственных возможностей личности, позволяя ему в короткие сроки освоить полезное ремесло или снова заняться прежним занятием.
  - в) Помимо обязанностей, принимаемых во внимание, при разделении труда, также учитывается степень квалификации субъекта в прошлом.

Повторное возвращение больного в общество посредством сеансов, хорошо организованных секций во многом зависит от социального микроклимата, в котором субъект обладает не только правами, но и определёнными обязанностями в рамках группы, членом которой он является. Лаборатория эрготерапии является оригинальным средством для развития ответственности у больного. Этот аспект называют селективной эрготерапией или **«начальной стадией профессионального обучения»**.

## **ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ**

Когда говорят об организации рабочих мест, имеется в виду соответствующая физическая, психическая и социальная обстановка, в рамках которой, в меру физиологических возможностей, может быть задействован труд пациента.

Условия окружения влияют на качество труда

- Количество труда
- Функциональные способности личности.

Цвет прямо влияет на аффективную сферу. Они делятся на:

- тёплые
- холодные

- весёлые
- грустные
- расслабляющие цвета, которые дают нервной системе отдохнуть;
- закрытые цвета, которые относят к тяжёлым цветам;

также включаются: - шумы, музыка, вибрации.

Организация и проведение сеансов эрготерапии зависит от задач, которые должны быть выполнены, от числа людей (пациенты, эрготерапевты), от типа дисфункции и доступных средств. Луи Перкуин в своей работе «Эрготерапия» (1980) отмечал, что в одном сеансе могут участвовать 20-40 пациентов и 1-3 эрготерапевта.

### **В. Роли и обязанности эрготерапевта**

Эрготерапевт в своей деятельности должен основываться на два базовых направления трудотерапии и эрготерапии, связанные с

- 1) психологией
  - 2) лечением моторики
- Он должен иметь практические навыки рукоделия, использовать изобразительное искусство, обладать педагогическими качествами, знать нормы трудового планирования;
  - Эрготерапевт должен знать и понимать болезнь и психику пациента, его внутренний мир, быть способным установить отношения с каждым пациентом или группой пациентов, чтобы организовывать и направлять внимание субъекта, а также направлять его поведение;
  - Должен иметь хороший вкус, чувство прекрасного, художественные качества, для того, чтобы повлиять на желание создавать привлекательные и качественные предметы;
  - Должен знать и нормировать длительность сеансов, в зависимости от указаний медика, от того как быстро устаёт пациент, мотивации, возраста, серьезности и типа дисфункции;
  - Должен соблюдать смену рабочих периодов отдыхом;
  - Должен постоянно координировать деятельность всех субъектов;
  - В случае людей с психическими заболеваниями, эрготерапевт не будет навязывать свое мнение, а разрешит ему выбрать то, что он хочет, если выбор оправдан его физическими и психическими возможностями;
  - В процессе лечения эрготерапевт не заменяет других специалистов, способствуя своим опытом улучшению техник эрготерапии и, вместе с тем, способствует оздоровлению субъекта в целом (полное физическое, моторное, психическое, социальное оздоровление способствует социальной интеграции).

### **Формы мероприятий эрготерапии.**

Определённые виды рукоделия предлагают решения для проведения досуга с целью выздоровления, их можно считать базовыми техниками. В дальнейшем представлена попытка группирования основных мероприятий, в которых можно применять различные ремёсла, включая агроотехнические и хозяйственные секторы. Критерий, который лежит в основе ремесла или мероприятий эрготерапии связан с профессиональным восстановлением в совокупности с указаниями медика.

Существует большое многообразие групп ремёсел и видов деятельности

- А. – вязание
  - гончарное ремесло и моделирование
  - резьба по дереву, столярное ремесло и скульптура
  - работа с тканью и обивочным материалом
- В. - обработка металлов – пайка, слесарное мастерство, токарное ремесло
- С. – работа в офисе, пользование компьютером, электроника, информатика.
  - рукоделие
- Д. – специальные виды деятельности - фотография, типография, кройка, стирка, глажка.
- Е. – специальные виды деятельности для определённых категорий людей с дисфункцией или для определённого возраста – работа с кожей, переплётное мастерство, обшивка.

**А.** Эта группа деятельности обладает широкой сферой применения, в той или иной форме её используют при лечении большинства расстройств. Их включают во все услуги эрготерапии и они требуют координации, скорости и повышенного внимания.

Их используют при частичном параличе конечностей посредством мобилизации различных повреждённых частей, стимуляции психических функций, что благотворно сказывается на возобновлении социальных контактов.

Во всех видах деятельности этой группы преобладает необходимость сильного удерживания, хватания, что помогает восстановить движения палец и рук и всей верхней конечности.

Вязание благотворно сказывается на амплитуде движений. Необходимо избегать неправильных позиций и движений. Такой вид деятельности рекомендован для эрготерапии в случае одностороннего паралича, движения верхних конечностей тренируют постепенно нижние конечности.

Гончарное мастерство и моделирование тренируют мелкие движения пальцев рук, устанавливает артикуляцию руки. А движения ноги, направленные на педаль гончарного стола координируются руками. Эти виды деятельности используются при лечении паралича нижних частей, частичного паралича конечностей, расстройств моторики, психической недостаточности. Не рекомендуются пациентам, страдающим ревматизмом, из-за использования воды.

Моделирование воском это вид деятельности в рамках эрготерапии и трудотерапии, который очень легко выполнять и он предоставляет точно проверить давление, оказываемое на поверхность моделируемого предмета.

Керамика – этот вид деятельности трудно выполнять по причине дорогих материалов и печи.

Резьба по дереву, скульптура из дерева, столярное мастерство это виды деятельности, которые требуют точности и силы, могут содержать элементы механики, включая использование топора, молотка или долота, поэтому считаются мужскими. Чаще всего они используются при лечении верхних конечностей. У них много преимуществ – их можно приспособить и для инвалидов, их можно дозировать, изготавливаемые предметы очень разнообразны. Они рекомендуются при лечении паралича, остеоарткулярных расстройств, у людей в возрасте лечение осуществляется в зависимости от их возможностей.

Вместе с другими изобразительными видами деятельности, скульптура из дерева может быть использована при реабилитации психически больных. Для детей очень важно использование изготовленного предмета, (мотив гордости) что развивает представление о себе.

Женскими видами деятельности являются работа с тканью и обивочным материалом, шитьё, кройка, вышивание, эти виды деятельности могут выполнять парализованные люди, инвалиды, передвигающиеся в инвалидных колясках. Предметы, изготовленные ими, могут использоваться в дальнейшем, что доставляет особое удовольствие.

**В.** Ремёсла, связанные с обработкой металлов используются для лечения конечностей, для лучшей координации движений. Для того, чтобы выбрать одну или более видов деятельности из этой категории, необходимо учитывать способности субъектов. Эти виды деятельности предполагают лечение верхних конечностей, а также нижних посредством применения педалей или других приспособлений.

**С.** Работа, связанная с мелкой механикой, электроникой и мелким ремонтом электроприборов требует технических знаний в этой области.

Трудотерапия и эрготерапия главным образом преследуют развитие движений запястий руки и пальцев, развитие артикуляции плеча и локтя.

Здесь необходима не только повышенная внимательность, но также точность, хорошая острота зрения, поэтому такие виды деятельности не могут выполнять старики и психически больные. Другая группа упражнений включает в себя: фотографию, типографию, шитьё, стирку и глажку.

**Е.** Виды деятельности для незрячих: работа с кожей (изготовление предметов и сувениров из кожи), переплётное мастерство и обшивка – например работа в кровати для людей с параличом всех конечностей. Это можно осуществить при помощи специальных приспособлений, которые адаптированы исходя из физического состояния пациента. Такие мероприятия, с одной стороны восстанавливают больных, а с другой стороны, дают им возможность производить полезные вещи, что приносит пациентам радость и удовольствие от их труда.

Обшивка – этот вид деятельности рекомендуется для людей в возрасте, для людей с параличом всех конечностей, людей страдающих ревматизмом, Будучи групповым видом деятельности, она использует широкий спектр техник, от простых до сложных. Эти виды деятельности рекомендуются также незрячим, они могут практиковаться на защищённых местах работы.

### **7.3 Эрготерапия и люди с психическими или физическими расстройствами**

Одним из самых важных и трудных вопросов эрготерапии при лечении психически больных является определение у них предпочтений к определённому виду деятельности, поддержать их и развить их.

Психическая болезнь поднимает вопрос о **физической неспособности**, и неспособности самоуправления в том, что касается интеграции с пользой в общественную среду и процесс труда. Включение больных психозом и психопатов в эрготерапевтический процесс **нормализует отношения между больными, стимулирует неактивных, препятствует развитию агрессивных состояний или пассивного пребывания**, ведёт к координации жестов, рефлексов, речи, приводит в равновесие эмоции, стимулирует память, волю, деятельность. У людей с психическими расстройствами наблюдается формирование и улучшение некоторых психических и профессиональных способностей. Психически больной, оставленный в пассивном состоянии, в состоянии неверия в собственные силы и возможности, деградирует физически и духовно, он обречён на страдание.

Главной задачей является возвращение больного в общество, в коллективный труд, поэтому использование ремёсел является очень важным. Коллективный характер труда позволяет:

- 1) Сопоставление индивидуальных результатов между больными.

- 2) Развивает чувства и поведения для возвращения в общество.
- 3) Стимулирующим элементом является то, что посредством труда пациенты могут выделиться.

Составление программы работы обуславливается состоянием больного и не должно оставлять впечатления, что пациенту что-либо навязывают. Выбор вида деятельности должен приносить им удовлетворение от успеха. Также рекомендуется растениеводство, садоводство, разведение цветов. У людей с серьёзными психическими заболеваниями терапия трудом проходит в кабинетах.

П. Брынзей, в предисловии к книге А. Попеску «Эрготерапия», пишет, что для больных психозом с длительной эволюцией, у хронически больных, необходимо учитывать:

- а. Техничко-административную и экономическо-финансовую оптимизация, которую предлагает психиатрия с эрготерапевтическим профилем.
- б. Медико-психологический критерий, эффект какой-либо деятельности в открытом пространстве очень силён и превосходит любой другой эффект психотропного медикамента.

Больной не имеет право работать в опасной среде. После определённого периода эрготерапии, больные могут быть направлены в защищённые места работы, защищённое жильё, дневной стационар.

В **неврологии** эрготерапия является хорошим средством увеличения функционального потенциала у некоторых больных с расстройствами моторики и координации, вследствие которых у больного развился функциональный дефицит. Применяют следующие практики: физиотерапия, лечебная физическая культура трудотерапия, эрготерапия, кинетотерапия.

#### **Существуют два вида эрготерапии:**

- 1) Эрготерапия для больных с серьёзными расстройствами – определённые группы мышц и нервных функций;
- 2) Эрготерапия для хронических больных – очень важная терапия, которая включает в себя профилактические и лечебные методы для расстройств поведения, психической неуравновешенности, причиной которой служит моторная неполноценность.

Используются специальные аппараты и устройства, адаптированные степени работоспособности пациента, которые дают возможность разработать определённые движения посредством изготовления определённых предметов. Для того чтобы избежать усталости и боли, аппараты регулируются под максимальные возможности движения больного. Существуют:

1. виды деятельности, предназначенные больным с повреждёнными конечностями в начале периода лечения;
2. для больных, достигших конечного периода лечения, когда виды деятельности эрготерапии приближены к обычным условиям труда – например, плотничное дело, садоводство.

**Эрготерапия верхних конечностей у взрослых.** Верхние конечности ответственны за выполнение самых важных мышечных операций – хватание, нажатие, отталкивание. Эти конечности отвечают за работу пальцев и полную моторную координацию. Эрготерапия предлагает широкий спектр физических и интеллектуальных видов деятельности, выбранных в зависимости от типа расстройства и предпочтений пациента (например, работа с деревом). Эрготерапевт планирует деятельность больного таким образом, чтобы он мог максимально использовать обучающие жесты. Пациент становится более активным, когда видит,

что его усилия материализуются в определённый предмет.

Таким образом, пытаются сфокусироваться на существующих физических и психических способностях, что делает дисфункцию не такой заметной. Умственно отсталые пациенты требуют целый ряд терапий, более продолжительных, возможно на протяжении всей жизни. Помощь должна оказываться как можно раньше, так как целью эрготерапии является формирование адаптированного человека, это является её основополагающим принципом.

Эрготерапия в случае людей с психическими расстройствами. Цель – это нормализация доступа к тому, что считается нормальным. Интеграция – возможности терапии и координации медицинских услуг с другими социальными услугами; интеграция это путь к нормализации.



### Вопросы на повторение Тема 7:

1. Опишите задачи и фазы эрготерапии.
2. Охарактеризуйте важность эрготерапии для людей с психическими или физическими проблемами.
3. Проанализируйте предназначение эрготерапевтического сеанса и способ его функционирования.

### Индивидуальное изучение:

1. Перечислите виды деятельности, которые можно выполнить во время сеанса эрготерапии, которые облегчат социальное и профессиональное восстановление людей с психическими или физическими дисфункциями.
2. Подумайте, какие из них можно применять в вашем сообществе. Аргументируйте свой ответ.



## Тема 8. Методологические обоснования осуществления процесса эрготерапии

8.1. Процесс эрготерапии и границы терапевтической рациональности.

Методы лечения

8. 2. Формативное оценивание в эрготерапии

8. 3. Планирование лечения

8. 4. Осуществление лечения

8. 5. Суммарное оценивание

### Задачи:

- Определить методологические требования к процессу эрготерапии
- Объяснять методы лечения, применяемые в эрготерапии
- Быть способным планировать и осуществлять эрготерапевтическое лечение.

**Ключевые концепции:** эрготерапия, возможности и границы эрготерапии, планирование эрготерапевтического лечения, осуществление эрготерапевтического лечения, формативное оценивание в эрготерапии, суммарное оценивание в эрготерапии

### **8.1. Процесс эрготерапии и границы терапевтической рациональности. Методы лечения.**

Процесс ухода является инструментом, позволяющим терапевту обеспечить бенефициара соответствующим лечением. Эрготерапевт проходит через несколько фаз, которые позволяют ему определить самый эффективный способ преодоления трудностей клиента. Этими фазами являются:

- Сбор информации
- Анализ информации
- Установление задач лечения
- Применение терапии
- Оценивание результатов.

Эта стратегия, основанная на фазах, позволяет терапевту принимать рациональные решения. Она выявляет взаимосвязь, которая существует в совокупности решений. Большинство процессов по уходу поднимают вопросы, которые эрготерапевт должен адресовать на каждой фазе.

Процесс ухода это не только линейный способ, в котором оценивание происходит шаг за шагом. В тоже время он является циркулярным подходом, каждая фаза которого может привести к приспособлению/соответствию одной из предыдущих фаз. Процесс может быть отложен один или несколько раз во время проведения одного и того же лечения.

Процесс ухода не является предписанием. Он не оговаривает полезных «ингредиентов» лечения, а только интеллектуальные операции, которые должны быть выполнены. Этими ингредиентами являются знания, способности, которыми обладает лицо осуществляющее уход. Они относятся к человеческой личности, болезни, возможными задачами, средствами и методами лечения и оценивания. Тем не менее, процесс ухода нельзя заменить только этими способностями, так как они отличаются в зависимости от профессии.

Процесс ухода малопонятен без обладания специальными знаниями. Этот процесс позволяет их организацию, и без сомнения это является мотивом, из-за которого различные профессии, связанные с медицинским уходом, характеризуются специфическим подходом. Эксплицитно он всегда опирается на дефиницию профессии, организацию знаний, которую он делает более лёгкой. Поэтому его включают в процесс эрготерапии.

**Процесс эрготерапии и границы терапевтической рациональности.**  
На первый взгляд, процесс эрготерапии очень лёгкий, но он затрагивает очень

сложные явления: как господин Дюпон устроится с параличом верхних и нижних конечностей, как помочь госпоже Дюранд не впасть в состояние депрессии в доме престарелых... Для того, чтобы принять рациональные решения для господина Дюпона и госпожи Дюранд, их терапевтам нужно ответить на многие вопросы.

Что касается, например, сбора информации, терапевт должен, по крайней мере, знать: методы определения соответствующей информации, метод получения информации, касающейся пациента, метод, который позволит проверить правдивость (точность) методов, используемых для получения этой информации, результат применения метода получения данных. Что касается, например, выбора терапии, терапевт должен обладать знаниями относительно различных средств и способов проведения сеансов терапии. Он также должен располагать критериями, которые помогут ему сделать соответствующий выбор между различными терапевтическими методами (Кристенсен, 1981).

Эрготерапевт не может дать исчерпывающий ответ ни на одну из этих проблем. Тогда стратегии принятия решений остаются иррациональными. Принятые решения зависят от факторов неупомянутых в процессе эрготерапии. Это объясняет, почему эрготерапевты в разных ситуациях принимают разные решения. Данная работа не ставит целью решить эти проблемы, а только способствует их выявлению.

Необходимо также отметить, что существуют сильные препятствия в рациональности эрготерапии:

- Переориентация учреждений, которые предлагают определённые терапевтические услуги, не включая аспекты, которые, в некоторых случаях, могут быть более важными;
- Конкуренция между терапевтической и экономической рациональностью;
- Время – для того, чтобы оправдать решение необходимо некоторое время, но процесс вмешательства не может быть приостановлен, из-за того, что терапевту нужно обдумать данный случай;

Несмотря на свои ограничения, возможность сделать эксплицитным процесс, благодаря которому проводится лечение, является эффективным средством улучшения качества лечения. В эрготерапии это является очень важным, потому что интерес и действие представляют человека в общей перспективе. Более того, вся информация, которую получают посредством данного процесса, становится предметом обсуждения других специалистов из санитарной и социальной областей.

**Фазы процесса эрготерапии.** Процесс эрготерапии представлен четырьмя фазами.

- Формативное оценивание.
- Разработка плана лечения.
- Осуществление лечения.
- Суммарное оценивание (в совокупности).

Используемая терминология принадлежит Рид (1980).

**Формативное оценивание** включает всё, что относится к сбору и анализу информации о клиенте, предмете (субъекте) лечения.

При **разработке плана лечения**, мы перегруппировываем то, что относится к задачам лечения, а также программе, которая позволяет их достичь.

**Осуществление лечения** включает применение программы, включая планирование каждого заседания и каждого вида деятельности.

**Суммарное оценивание** измерение эффекта лечения и решения относительно вмешательств.

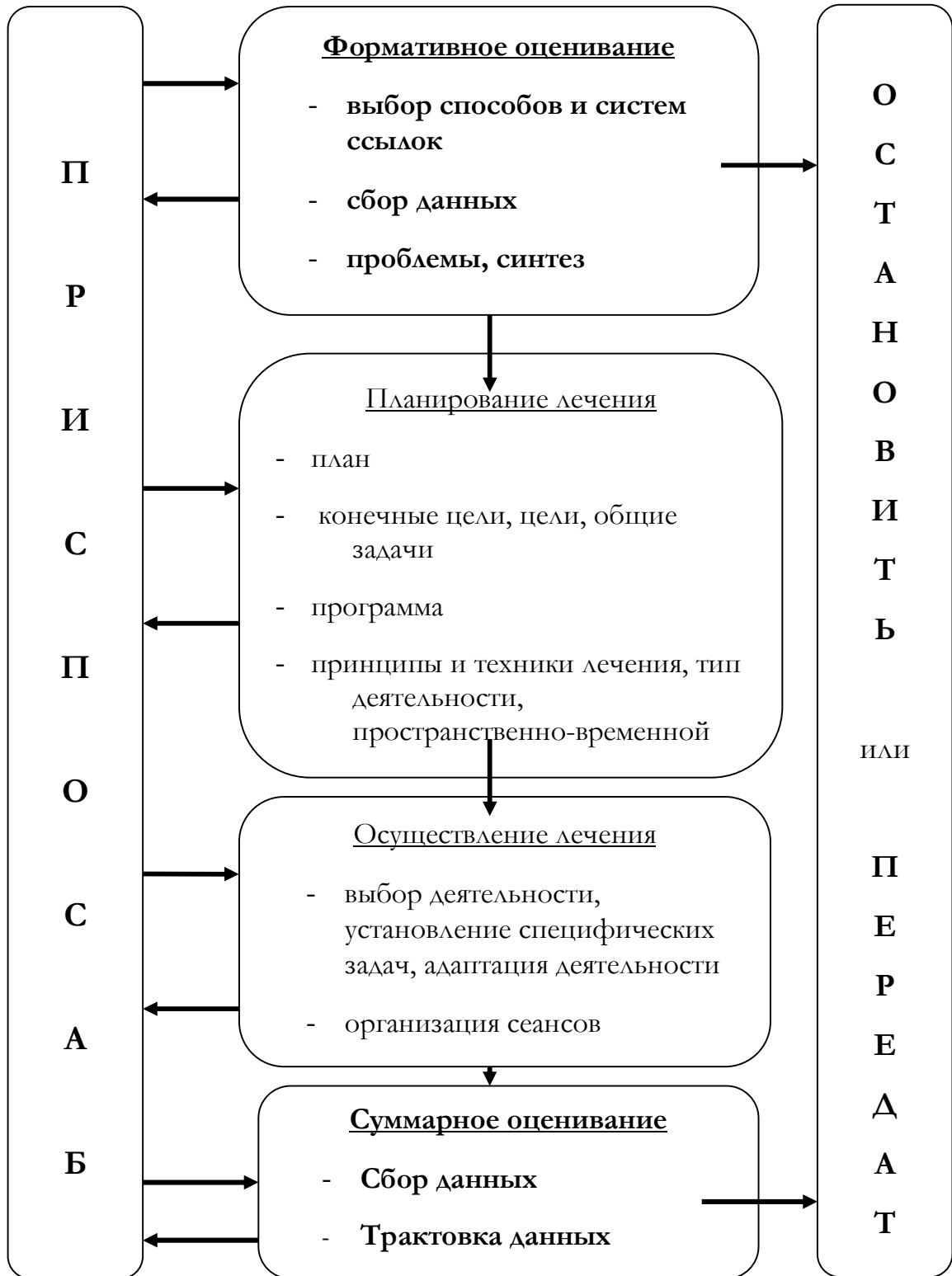
Выбор содержания фаз отличается от клинического и педагогического опыта. Подразделы в процессе эрготерапии позволяют устанавливать взаимоотношения между философией, системой ценностей эрготерапии и повседневной практикой.

Процесс эрготерапии может быть представлен в виде таблицы, учитывая последовательность фаз и их содержание. Детальный анализ этих глав является предметом рассмотрения следующих глав. Схема, представленная на следующей странице, частично занята у Пелланда (1987).

Эту таблице нужно читать сверху в низ. Колонка «приспосабливать» и горизонтальные стрелы, которые отходят от колонны и направляются к ней, символизируют динамику рассуждений, которые терапевт учитывает при разработке каждой фазы. Сочетая вертикальные стрелы, которые связывают фазы, с горизонтальными стрелами, которые показывают приспособления, от которых отталкивается терапевт, читатель может проследить циркуляцию процесса. Колонка «остановить» или «передать» и горизонтальные стрелы, которые ведут к ней, объясняют тот факт, что в любой момент оценивания, терапевт может остановить вмешательство, или передать случай другому специалисту.

Другие взаимодействия включают действия с третьей частью, которой может быть сам клиент; например, сбор информации и осуществление лечения. Таким образом, представленная таблица символизирует как психические, так и физические действия.

Схема. 8.2.1 Процесс эрготерапии



**Определение эрготерапии.** В специализированной литературе существуют многочисленные определения эрготерапии. Мы выбрали дефиницию, предложенную Швейцарской Ассоциацией Эрготерапевтов в рамках проекта по развитию эрготерапии/терапии через тренировку (1982), так как оно носит более официальный характер и широко распространено в Швейцарии:

***„Мероприятия эрготерапии являются частью совокупности мероприятий лечения и реабилитации. Они опираются на медицинские, психологические, социальные и педагогические основы. Профессия эрготерапевта относится к медико-терапевтической группе профессий».***

Эрготерапия рекомендуется пациентам, которые страдают определённым ограничением возможностей автономного функционирования, причиной которого является несчастный случай, болезнь, физическое или психическое расстройство, проблемы социального характера, нарушения развития; такое ограничение может быть проходящим или постоянным.

Цель эрготерапии заключается в борьбе с негативными влияниями болезни или инвалидности, а также в улучшении и поддержке пациента в видах деятельности, связанных с семейной, социальной и профессиональной жизнью.

Эрготерапевт стремится создать личные, межличностные и внешние условия, которые позволят пациенту лучше понимать и действовать.

Эрготерапия включает оценивание, планирование и осуществление лечения, а также его повторную оценку. На практике, эти фазы лечения связаны друг с другом; они меняются или совмещаются. Первым условием планирования и осуществления эрготерапевтического лечения является дифференцированное и обновлённое оценивание пациента.

Для того чтобы создать самые выгодные условия для лечения, эрготерапевт располагает специальными методами и средствами. Специфическим средством эрготерапии является деятельность, которую эрготерапевт должен уметь анализировать, в зависимости от когнитивных, социально-эмоциональных, моторных и сенсорных компонентов.

Дифференцированная методология стоит во главе выбора и приспособления видов деятельности и материалов, инструментов и вспомогательных средств, необходимых для осуществления этой деятельности, подготовки и сопровождения пациента.

Цель эрготерапии, в определении, которое ей даёт Швейцарская Ассоциация Эрготерапевтов, является размытой. Канадская Ассоциация

Эрготерапевтов (1986) более ясно определила конечные цели профессии, ссылаясь на философские положения эрготерапии. Эти конечные цели являются полезными для планирования лечения. Они являются следующими:

- Восстановление функциональности. Речь идёт о том, чтобы помочь клиенту максимально восстановить свои функциональные возможности.
- Поддержание функциональности. Речь идёт о том, чтобы помочь человеку сохранить то, что осталось от его функциональных способностей.
- Развитие функциональных способностей. Речь идёт об облегчении постепенного обучения новым навыкам или организации способностей необходимых для выполнения определённого задания.
- Предотвращение дисфункции. Речь идёт о восстановлении, улучшении или развитии здоровых привычек.

Функциональная возможность здесь обладает очень широким смыслом и связана со способностью ухаживать за собой, продуктивно работать и заниматься другой деятельностью. Эти виды деятельности зависят от социальных факторов и факторов окружающей среды (Рид, 1980).

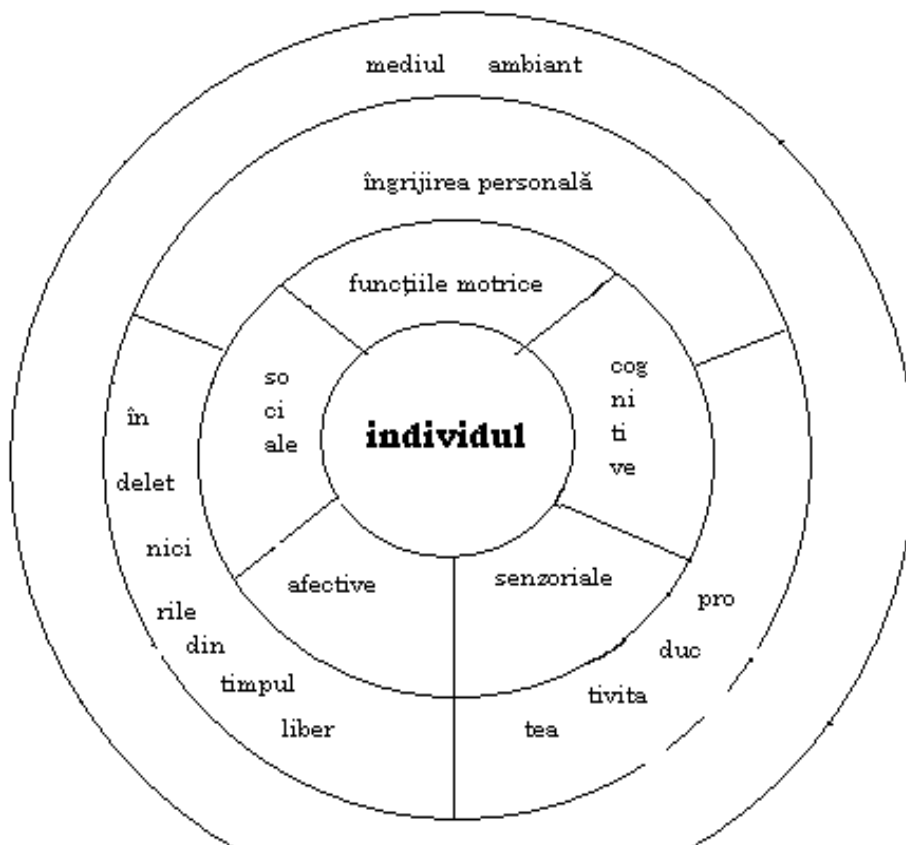
Дефиниция, предложенная Швейцарской Ассоциацией Эрготерапевтов, учитывает способности пациента, связанные с семейной, социальной и профессиональной жизнью. Но она не является исчерпывающей. Многие из видов деятельности, связанные с проведением свободного времени, не подвергаются классификации. Не оплачиваемая работа, за исключением работы по дому, не принята во внимание. Помимо этого, специализированная литература в области эрготерапии, по-разному определяет эти три области деятельности: уход за собой, продуктивность, в неё включают работу по дому и работу в школе, и виды деятельности, связанные с проведением свободного времени. Все эти виды деятельности можно классифицировать на многочисленные области. Мы предпочитаем данную классификацию и, в дальнейшем, будем ссылаться на неё.

Дефиниция, предложенная Швейцарской Ассоциацией Эрготерапевтов, уточняет, что деятельность можно анализировать с точки зрения её моторных, сенсорных, когнитивных и социально-эмоциональных компонентов. Литература, специализирующаяся в эрготерапии, предоставляет различные способы различения компонентов деятельности. Каждый источник ссылается на различные способы разделения функционирования индивида, для того, чтобы лучше его понимать, в случае возникновения болезни или инвалидности. Мы решили сохранить дефиницию Швейцарской Ассоциации, за исключением того, что касается контракции между терминами социальный и эмоциональный, которым мы предпочитаем термины социальный и аффективный. Функции индивида как компоненты деятельности тогда становятся: социальными, аффективными, когнитивными, моторными и сенсорными. Без сомнения, все эти

функции можно совмещать, и терапевт может определять самые интересные сочетания, в зависимости от клиента и его особенностей.

Различия в терминологии, выявленные выше, говорят о том, что разные эрготерапевты имеют различные концепции относительно личности и деятельности. Фактически, с этим ничего не поделаешь, поскольку, концептуально, все терапевты придерживаются теории, в рамках которой личность рассматривается в своей полной совокупности. Человека рассматривают как целостную систему, в рамках которой ни одна из функций не может быть изолирована. Посредством своей деятельности, независимо, какая область деятельности рассматривается, он входит во взаимодействие с окружающей средой. Он может оказывать влияние и на него можно оказывать влияние. Такая концепция человека зачастую представляется как концентрические круги (смотри фигуру на следующей странице), символизируя его соотношение с окружающей средой. Схема, предложенная нами, является адаптацией схемы Рид (1980).

Схема 8.2.2 Модель функционирования личности





Дефиниция эрготерапии, предложенная Швейцарской Ассоциацией Эрготерапевтов, не оговаривает методы и средства эрготерапии, хотя они являются самой значимой частью концептуального развития эрготерапии. Более того, методы лечения, находящиеся за их плечами обладают огромной важностью, но ей зачастую не отдают должного в процессе эрготерапии, в то время, как она предлагает не только средства для вмешательства, но и средство для оценивания. Мы считаем необходимым остановиться более детально на методах лечения.

**Методы лечения.** Метод лечения представляет собой совокупность принципов и техник, которые помогают терапевту определить то, чем он может заниматься с клиентом. Метод говорит, как нужно поступить и указывает причины, почему нужно поступить именно так. В эрготерапии существует большое количество методов, в случае если мы понимаем термин «метод» в широком смысле. В своей работе Рид (1984) перечислил около 30 методов, автор останавливается на их отношениях с более широкими теоретическими аспектами, используемые в эрготерапии (психоаналитическая теория, невро - развивающие теории).

Рид, как и большинство англо-саксонских авторов, не говорит о методах, а о моделях практики. Другие авторы предпочитают говорить о системе ссылок (Хопкинс, 1988). Если принимать термин система ссылок, то он будет иметь более широкий смысл, чем модель Рида. В данной работе мы чаще будем использовать термины модели практики и система ссылок, чем термин метод. Мы считаем, что эти термины более точны и они открывают читателю доступ к англо-саксонской литературе.

Модели практики или система ссылок являются важными пирамидами для практики эрготерапии. Они предлагают правомерные средства вмешательства и оценивания, обоснованные теориями ссылок, философией эрготерапии и клиническими исследованиями. Они помогают установить диагноз и запланировать лечение. Они определяют категории, которым будет адресовано вмешательство. Они помогают терапевтам ориентироваться в области своих знаний и они помогают ограничить функцию эрготерапевтов от функций других специалистов. В данной работе мы хотим продемонстрировать, как разные авторы понимают модели практик.

Из совокупности возможностей, которые предоставлены нам, чтобы рассмотреть модели практики и системы ссылок, мы выбрали трёх авторов. Кэтлин Рид (1984), потому что её широкий и детальный анализ моделей практики помогает понять, как они построены и из чего они состоят. Её анализ привёл к разработке методологии анализа и разработки моделей практики, применение которых мы можем найти в многочисленных трактатах и статьях, посвященных эрготерапии. Мы также выбрали Хелен Хопкинс (1988), так как её публикации считаются «библией» эрготерапевтов. Также хотелось бы отметить Гари Килхофнера (1985), с одной стороны, потому что он является одним из самых плодотворных исследователей, а с

другой стороны, потому что он выдвигает иерархичное и очень интересное понимание систем ссылок.

Рид классифицирует модели практики. Она определила три группы моделей: *родовые, описательные и параметрические*. Её критерии классификации основаны на понимании эрготерапии и человеческой деятельности.

Родовые модели связаны с приобретением и значимостью деятельности для человеческого существа. Модель «человеческой деятельности», предложенная Килхофнером (1985), классифицирована в соответствии с родовыми моделями. Описательные модели рассматривают эрготерапию через призму отдельных аспектов, как, например, область деятельности, функции личности или характеристики деятельности. Сюда входят все модели, которые включают все задания и функции для реабилитации (модели Дж. Айрес и Руда, связанные с повседневной деятельностью). Параметрические модели рассматриваются с точки зрения философии эрготерапии, процесса ухода и типа выбранной программы. Например, в случае превентивной программы, будут перечислены цели, которых нужно достичь и средства для вмешательства.

Хопкинс (1988) классифицирует системы ссылок в зависимости от научных теорий, которые их выдвигают. Четыре системы определены: развивающий; сенсорно-моторный и невро-развивающий, способы их рассмотрения основываются на понятии интеграции в сенсомоторные терапии; поведенческая система. Каждая система содержит многочисленные способы рассмотрения.

Килхофнер (1985) предлагает четырёхуровневую классификацию: на первом уровне он описывает парадигматический этап, определяя область применения, общую концепцию и ценности эрготерапии, то есть «метод эрготерапии». Второй уровень это уровень моделей, полезных в разных сферах этой области. Третий уровень ещё более узкий и позволяет более конкретно определить вмешательства для этой специфической категории людей. На последнем уровне Килхофнер говорит о личной системе ссылок, предоставляя возможность каждому терапевту, с его знаниями, личностью и рабочим местом, заниматься своей ежедневной деятельностью.

Всё это очень сложно, классификации часто пересекаются, выбранные критерии и дефиниции концепций варьируются от автора к автору. Это демонстрирует ту неорганизованность, в которой находятся научные знания в области эрготерапии, а также желание некоторых исследователей улучшить эту организацию, для того, чтобы сделать знания более рациональными. Более того в моделях систем ссылок есть очень много белых пятен. Очень часто концепции плохо определены, а специфичность модели иногда недостаточно объясняется. Некоторые модели очень жёсткие и не дают возможность включать новые знания. Некоторые модели были проверены клиническими испытаниями, а другие нет.

Большинство моделей практики или системы ссылок не стремятся охватить всю область эрготерапии. Поэтому мы не можем говорить о методах эрготерапии, а о методах в эрготерапии. Модель эрготерапии не может существовать, или существует на этапе набросков. К этим наброскам нужно относиться критически. Тем не менее, несколько основополагающих идей были взяты именно из изучения моделей практики. В первую очередь, существует иерархия между различными знаниями в эрготерапии. Во-вторых, на одном и том же иерархическом уровне, знания могут быть разными, и между ними нет связи. В-третьих, модель эрготерапии может послужить определённой связью между клинической практикой и обучением в эрготерапии. Эти несколько идей можно представить схематически. Мы частично занимаем эту схему у Хопкинса (1988).

Таблицу, представленную на следующей странице нужно читать слева направо. Она показывает, что основополагающие концепции эрготерапии функционируют как «фильтры», посредством которых теории ссылок как модели практики должны пройти.

Недостаточная организованность, отсутствие единства в терминологии затрудняет повседневную практику терапевта. Зачастую эрготерапевты встречают трудности, связанные с аргументацией выбора определённого метода, то есть, почему он поступил так, а не по-другому. Данная работа не стремится улучшить ситуацию. Более того, читателю потребуется разграничивать три аспекта эрготерапии. В первую очередь, философия эрготерапии, так как её определяют в дефиниции эрготерапии. Во-вторых, модели практики или системы ссылок, которые предлагают способы к действию, диагностики и более или менее точные общие задачи. В-третьих, процесс ухода, главной функцией которого является поддержать терапевта при осуществлении определённого вида терапии.

### Схема 8.2.3 Отношения между знаниями в эрготерапии

#### Базовые теории практики

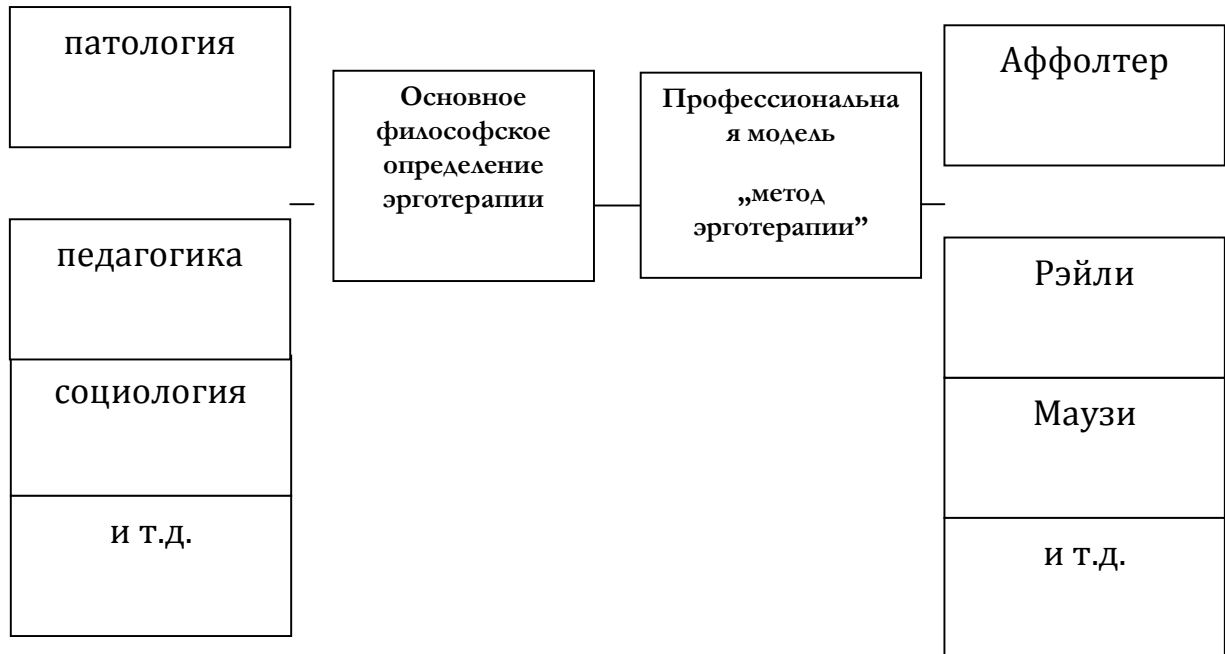
ПСИХОЛОГИЯ

КИНЕТОЛОГИЯ

#### Модели

Бобаф

Айрес



## 8. 2. Формативное оценивание в эрготерапии

Формативное оценивание включает ансамбль информации, которые эрготерапевт получает до того, как установить терапевтическое вмешательство. Это оценивание не ограничивается сопоставлением полученных данных, оно включает анализ, сделанный эрготерапевтом на их основании.

В этой главе мы рассмотрим идею формативного, всеобъемлющего оценивания клиента. С нашей точки зрения, оно позволяет установить план и специфическую программу, которая может быть адаптирована для каждого клиента. Это привело нас к уточнению задач, границ оценивания и рода информации, которую необходимо исследовать до того как приступить к этапам и процедурам сбора информации. Часть этой главы относится к замечаниям, что терапевты проводят клиническую практику для того, чтобы провести свои исследования как можно более эффективно.

В завершении, мы предоставим самый обоснованный, по нашему мнению, способ организации и интерпретации полученной информации.

**Задачи и границы формативного оценивания.** Цель формативного оценивания – определить функциональное состояние клиента, учитывая расстройства, от которых он страдает, его диагноз, окружающую среду (человеческую и материальную), его социальные роли, его представления о себе и его желания. Мы называем эту задачу формативного оценивания организацией и интерпретацией

данных. Эта задача структурирует совокупность формативного оценивания. Это оценивание поможет определить, что эрготерапевт может сделать для своего клиента, то есть определить задачи и цели вмешательства.

Для того, чтобы осуществить эту интерпретацию и эту организацию, необходимо ответить на серию вопросов: каковы навыки клиента по уходу за собой, продуктивность и деятельность, связанную с досугом? Какие возможности нарушены? Почему произошли эти нарушения? Можно ли ждать изменений? Если да, то какие и почему? Какова его окружающая среда? Можно ли её изменить? Каковы его роли, которые ему определили, он сам взял на себя или возьмёт в будущем? Нужна ли ему помощь, чтобы изменить их? Как он представляет свое будущее, свои трудности? Чего он ждёт от лечения? Что может предложить ему эрготерапия? Чем может помочь учреждение, в которое он обратился?

Этот перечень неполный. Он демонстрирует, насколько сложным является диагноз функционального состояния личности, если не ограничиваться способностями, наблюдаемыми при эрготерапии. Как, например, оценить социальные роли пациента? Перечень обязанностей, которые определяют эти роли, является выполнимым, но если пациент не в состоянии выполнить все задания или часть из них, можно говорить о потере этих ролей. Нас интересует возможность пациента развивать новые роли, удовлетворяющие его потребности. Роль трансформируется во взаимодействия с другими ролями, взятыми на себя другими личностями. Поскольку роли пациента должны изменяться в соответствии с его окружением, они должны быть достаточно гибкими. Как диагностировать эту гибкость? Теоретически ответ можно дать, но возможен ли он в эрготерапии? В случае если эрготерапевт находится лицом к лицу с клиентом в ситуации катастрофы, который, зачастую, не обладает когнитивными навыками и необходимой информацией, которая позволит подумать над этим случаем и дать, во время разговора, необходимые указания для эрготерапевта. (Аллен, 1987). Может ли эрготерапевт интерпретировать разговор пациента во время спонтанной, нерегистрируемой беседы?

Сложность всеобъемлющего, но точного формативного оценивания рождает взаимодействие, которое представляет собой совокупность изменений. Информация, которую клиент сообщает о своих трудностях, одновременно предоставляет данные о ролях, которые у него были, есть или будут, о том, что касается его окружающей социальной среды и того, что можно сообщить в контексте эрготерапии (Холенвег, 1984) Чтобы выделить эту сложность многие авторы говорят о личности, как о био-психо-социальной сущности. Эти дефиниции не дают желаемого ответа.

Все невозможно оценить, но всё и не нужно оценивать в каждом случае. Таким образом, как только устанавливается, что трудности, с которыми сталкивается пациент, являются проходящими или не сильно повлияют на его дальнейшую жизнь, больше нет причин теряться в предположениях относительно адаптации пациента к своей будущей ситуации. К сожалению, пациенты обращаются к эрготерапии с плохо-определёнными диагнозами, формативное оценивание производится машинально, с упоминанием ненужной информации и упущением важных данных.

Более того, в настоящий момент, в полной мере не оправдана тенденция перспективного формативного оценивания, поскольку она не выявляет цели и средства лечения в соответствии с требованиями диагноза. Адаптация лечения, которую выполняет эрготерапевт, в зависимости от формативного оценивания, остаётся бедной, поскольку, с одной стороны, практика эрготерапии во многих учреждениях остаётся неподвижной, а с другой стороны, отсутствуют знания, которые позволяют адаптировать задачи лечения и выбрать средства, соответствующие культуре пациента.

Такой тип оценивания ведёт к пониманию того, что деятельность пациента дома может отличаться от больничной, а также понять причину определённых неудач в эрготерапии.

Эти различия между способностями эрготерапевта ставить диагноз и возможностями проводить лечение хорошо продемонстрированы в модели практики, предложенной Килхофнером (1985). Его модель позволяет лучше всего произвести всеобъемлющую оценку клиента. Она позволяет установить его систему ценностей, интересы, роли, его привычки и их компоненты, его окружающая среда. К сожалению, эта модель предлагает только несколько общих принципов, как, например, учитывая цели и интересы пациента, позволяя эрготерапевту в дальнейшем адаптировать поведение к тому, что было диагностировано. Эти несколько замечаний демонстрируют насколько трудно проводить полное формативное оценивание. Специализированная литература в этой области очень скудна, в то время как, она изобилует различными способами сбора информации (Пелланд, 1987).

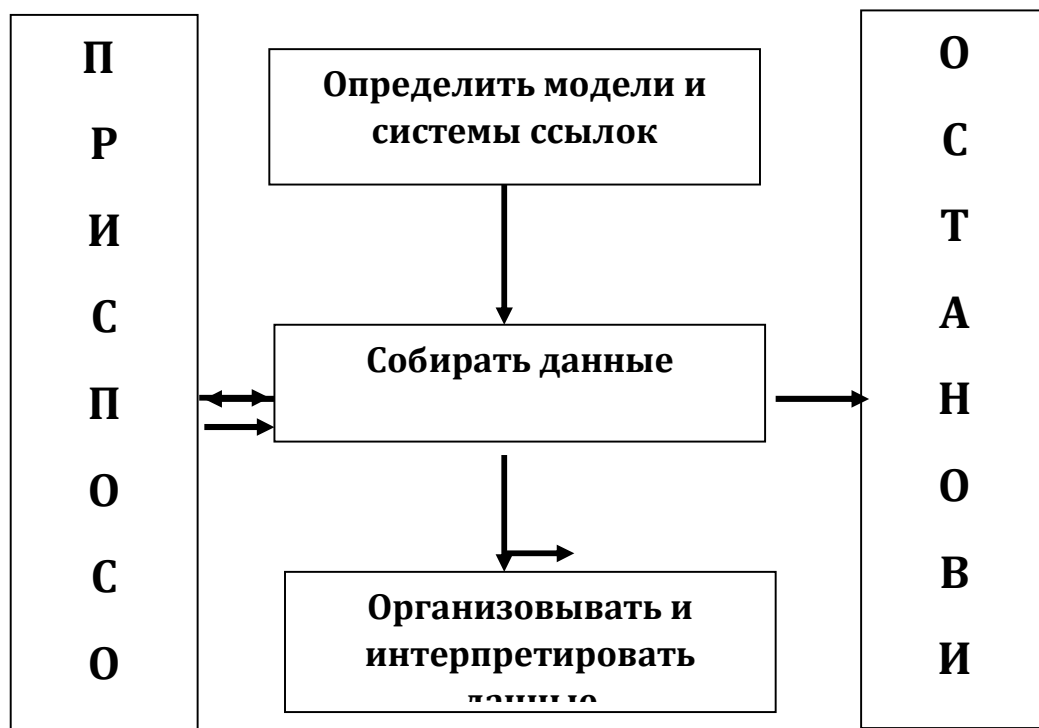
**Этапы формативного оценивания.** Формативное оценивание подразделяется на три этапа. Определение систем ссылок или модели практики, сбор информации и её организация и интерпретация. Формативное оценивание как процесс эрготерапии больше циркулярное, чем линейное. Например, анализ некоторых данных, зачастую, ведёт терапевта к дефиниции других областей, чтобы оценить и выбрать другие системы ссылок для того, чтобы получить новую информацию. Так эрготерапевт переходит от этапа к этапу, постоянно согласовывая их. Для того чтобы классифицировать эти идеи, при помощи нашей терминологии, мы воспроизведём схему Пелланда (1987).

Фактически, схема Пелланда не имеет начала. Пелланд предлагает вовлекаться в формативное оценивание посредством колонки «приспособить». По сути, это обладание общей информацией относительно клиента, которые позволяет терапевту выбрать методы и способы для сбора данных. И, наоборот, у схемы есть два выхода: после организации и интерпретации данных терапевт может планировать лечение. Также, на основании изученной информации или на основании её частичного изучения, терапевт может принять решение остановить вмешательство, в силу того, что это вмешательство не входит в область его деятельности, в его компетенции или он считает его бесполезным.

Идея о том, что формативное оценивание включает отбор систем ссылок или модели практики является новой в эрготерапии. Она способствует оправданию выбора соответствующей информации, которую нужно собрать. Системы ссылок и выбранные модели являются гидом для сбора данных. В большинстве случаев, большинство систем

или моделей выбираются на основании очень общей информации и клиенте, что является показателем для эрготерапии или медицинским диагнозом. Например, если речь идёт об оценке клиента с односторонним параличом, эрготерапевт обращается к невро-развивающему рассмотрению для того, чтобы измерить сенсомоторные расстройства; к нейронпсихологическому рассмотрению, чтобы оценить психические функции, к реабилитационному аспекту, чтобы определить независимость в повседневной деятельности и к более общей модели, чтобы оценить стратегии к адаптации или мотивацию клиента.

**Схема 2.1 Формативное оценивание**



Сбор данных прямо связан с применением рассмотрений или выбранных моделей. Каждый предлагает различные методы получения информации: разные типы разговора, проб, наблюдений. Предложенные процедуры оценивания стандартизированы по-разному, в зависимости от типа информации, которую необходимо получить и от уровня концептуального развития выбранной модели. В дальнейшем мы вернёмся к различным методам сбора информации. Литературы, посвященной методам сбора информации, очень много, многочисленные трактаты, посвящённые эрготерапии, предлагают большое количество способов. Тем не менее, необходимо отметить, что, в случае, если выбранные системы ссылок выявляют различные теоретические подходы (Пиае, психоанализ, теория общения), эрготерапевт должен признать, что адекватные инструменты для сбора информации отсутствуют,

потому что эти теории были разработаны для того, чтобы объяснить эмпирические явления, а не для того, чтобы вмешиваться в них (Рид, 1984).

Организация и интерпретация данных, в рамках которых информация анализируется и интерпретируется является анализом, который можно проводить несколько раз. Мы разделили его на две части: определение эрготерапевтом проблем пациента и синтез этих проблем. Проблемы определяются из классификации данных и они выявляют связь между данными. Синтез рассматривает проблемы в совокупности. Он уточняет общие знания эрготерапевта о клиенте и предлагает возможные способы вмешательства.

**Характеристики данных, собранных в эрготерапии.** Традиционно, собранные данные могут быть 2 типов: дискомфорт и ресурсы. Дискомфорт представляет собой трудности, которые клиент встречает во время деятельности по уходу за собой, продуктивности и проведение досуга. Ресурсы это навыки, которые использует клиент или может развить для того, чтобы преодолеть свои трудности.

Установление дискомфорта посредством наблюдаемых заданий в эрготерапии не создаёт особенных проблем, за исключением риска перепутать дискомфорт с его причинами или дискомфорт с его интерпретацией. Например, артикулярная амплитуда плеча, сниженная до 30°, не является собственно дискомфортом, а причиной большого числа дискомфортов при передвижении и в различных позициях. Пространственная дезориентация не является дискомфортом, а интерпретацией факта, что субъект теряет в обычном пространстве. В этом примере различия между расстройством и интерпретацией может касаться неясным. Потеряться или быть дезориентированным в повседневной речи являются синонимами и объяснение одного другим носит тавтологический характер.

В эрготерапии особое внимание необходимо уделяют средствам познания, особенно поведенческим, которые ведут к диагнозу пространственной дезориентации. Можно потеряться в собственном районе, а можно потеряться у себя на кухне. Этим двум видам дискомфорта соответствуют два разных подхода и два разных метода лечения.

Эти замечания относительно разграничения дискомфорта, их причин и интерпретаций не обязывают терапевта систематически наблюдать за дискомфортом пациентов. Тем не менее, он обязан задумываться об этом, потому что их учёт позволяет определить цели и программы лечения, адаптированные для личности, а также предмет вмешательства. Например, эрготерапевт установит цели лечения, думая о дискомфорте, который повлечёт за собой улучшение амплитуды плеча в рамках повседневной жизни пациента и к лечению недостатка через специальные упражнения.

### **8. 3. Планирование лечения**

Планирование лечение содержит план и программу лечения. План определяет цели, которые нужно достичь в процессе вмешательства. Программа уточняет способы и контекст лечения. Планирование лечения является результатом организации и интерпретации данных.



Планирование лечения это фаза процесса, которая происходит без участия клиента. Так же как и при организации и интерпретации данных, это процесс, при котором эрготерапевт, вооружившись ручкой, принимает решения относительно того, что он хочет получить в качестве результатов лечения и относительно методов вмешательства.

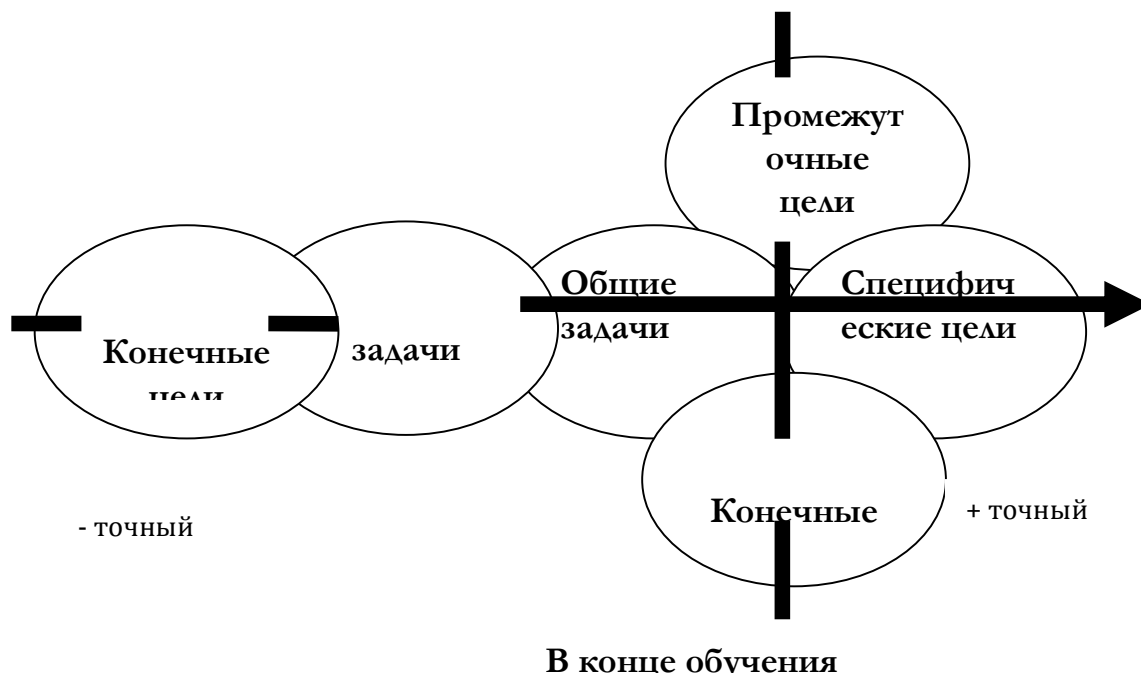
План и программа лечения не являются длинными текстами, которые тяжело редактировать, особенно с точки зрения проблемы и синтеза. Аргументирование, которое оправдывает планирование лечения, исходит из организации и интерпретации данных и от возможностей, предложенных выбранными моделями практики.

**План лечения.** Для того чтобы установить цели лечения, мы используем метод из педагогики посредством задач. Этот метод может быть применён в эрготерапии, поскольку большинство лечений включает различных учеников. Метод посредством задач определяет четыре типа задач, начиная общими и заканчивая специфическими: конечные цели, задачи, общие и специфические задачи. Общие и специфические задачи могут конечными и промежуточными. Фонтейн (1977) предлагает схему из *фигуры 3.1 Задачи лечения*.

В этой схеме пересечения между кругами показывают, что одна и та же формулировка может быть одной или другой задачей. Например, научиться одеваться может быть целью или общей задачей, в зависимости от случая.

Из практических соображений, мы ограничиваем план лечения до формулирования конечных целей, и общих задач. Фактически, для того, чтобы специфическая задача стала по-настоящему специфической, он должен определить наблюдаемое поведение. Для того чтобы сформулировать его необходимо определить вид деятельности или задание, в котором нужно проявить поведение. При планировании лечения и программе лечения не нужно входить в детали.

Схема 3.1 Задачи лечения



**Конечные цели лечения.** Конечная цель лечения это то, что отражает идеологию или философию учреждения. Они указывают на совокупность вмешательств необходимых пациенту. Эти конечные цели лечения очень приближены к философским ценностям и принципам, которые распространяются не только на эрготерапевтов, но и на других профессионалов в области здравоохранения.

Конечные цели демонстрируют перспективы на будущее. Возвращение домой, приобретение профессий, повышение качества жизни, адаптация в учреждениях, автономия, развитие как можно больше приближенное к нормальному являются первостепенными конечными целями.

Для одного и того же лечения можно определить несколько конечных целей. Они являются альтернативой, в том случае, если эрготерапевты не уверены в будущем пациента. Например, повышение качества жизни дома или в местах размещения является конечной целью лечения для людей в возрасте. Поскольку конечная цель лечения может иметь альтернативы, они могут повлиять на общие задачи и программу лечения. Мы не будем входить в детали, просто отметим, что эрготерапевт должен стремиться к достижению самых трудных целей или должен довольствоваться другой, в случае неудачи или он должен находить общие знаменатели между целями и средствами, которые позволяют достигнуть и одной и другой конечной цели.

**Цели лечения.** Цели лечения определяют продолжительность лечения.

Для того чтобы их определить эрготерапевт должен спросить себя, чего он хочет чтобы клиент достиг в конце вмешательства. План лечения всегда содержит серию задач, которые соответствуют пунктам конечных целей. Достижение всех целей, поставленных в эрготерапии, не означает, что достигнуты конечные цели. Реализация других целей, поставленных в рамках других вмешательств иногда необходима. Внешние условия, которые обуславливают деятельность эрготерапевта, могут привести либо к достижению цели, либо к неудаче. Например, отсутствие финансовых средств может замедлить процесс возвращения домой.

Целью являются навыки, способности или адаптивное поведение, которое пациент должен развивать или поддерживать для повседневной деятельности после вмешательства. Цели способствуют достижению конечных задач эрготерапии, развитию, поддержанию, восстановлению функциональности и предотвращению дисфункции.

Цели вмешательства многочисленны. Питание, одевание, готовка, дорога к больнице, возобновление способности понимать свои нужды, свои интересы, свои ценности, повторное приобретение способности решать свои проблемы; повышение понимания норм, связанных с профессиональной работой; снижение страха перед непредвиденными изменениями; развитие игровых видов деятельности; обучение управлять стулом с колёсиками, проведение свободного времени; смена лежачего положения с деятельностью, и т.д.

Задачи ставятся с учётом окружения пациента: родители учатся управлять ребёнком, врачи учатся предотвращать развитие агрессивности у пациентов. Эрготерапевт никогда не ставит относительных целей. То есть, для терапевта знать, страдает ли пациент когнитивными расстройствами, не является задачей лечения, а представляет собой особую директиву оценивания, поскольку терапевт не мог или не хотел оценить психические функции пациента до данного момента. Средства лечения не следует путать с задачами. Обустроить среду или предоставить дополнительные ресурсы являются средствами лечения. Они входят в программу лечения.

Нужно позаботиться о том, чтобы не путать цели лечения со стандартными целями или задачами, предложенными моделями практики или системой ссылок. Модели применяются к классам пациентов, а не к определённому человеку из этого класса. Воспроизводя в своих целях лечения стандартные цели выбранных моделей, терапевт теряет всестороннее рассмотрение пациента и формулирует только общие положения. Таким образом, улучшение планирования действий, улучшение артикулярной амплитуды, равновесия при стоянии на ногах, обучение самозащите – не являются общими целями лечения. Например, организация своего дня, способность сохранять позицию сидя без чьей либо помощи, избегать падений, брать привычные предметы правой рукой, переносить неудачи – это является задачами. Они являются осуществимыми, благодаря навыкам, утерянным ранее. Хорошим «трюком» для того, чтобы избежать путаницы в целях со средствами или с общими задачами, предложенными моделью практики является избегание использования эзотерического словаря при формулировании целей. Вместо этого эзотерического словаря предпочтительней использовать термины, связанные с *savoir-faire* (умение делать) или с возможностями личности действовать. Это не всегда легко, особенно если мы не хотим длинного списка задач. Выбор общих терминов для формулировки целей облегчает общение между пациентами. Если цели понятны клиенту, если для него они имеют определённое значение, они оправдают те виды деятельности, которые пациент будет выполнять в последствие.

Цели находятся в соотношении с проблемами, установленными посредством формативного оценивания. Они говорят о дискомфорте, который эрготерапевты хотят уменьшить или устранить. Они основываются на ресурсах, которыми обладает клиент. Цели могут быть классифицированы в иерархическом порядке. Таким образом, в плане лечения, порядок появления целей соответствует тому, что выражено в синтезе проблем.

**Общие задачи лечения.** Общая задача описывает предполагаемые результаты вследствие обучения. Общие цели определяют то, чему эрготерапевт планирует обучить пациента, чтобы достичь задач.

В определённых случаях, общие задачи выводятся из целей лечения. Если этот вывод корректен, задачи достигаются вместе с достижением общих целей. В таких планах лечения одна цель может служить нескольким задачам. Например, «выявление пациентов, которые посещают сеансы», также может служить задаче (выявление людей, которые могут помочь клиенту в трудной ситуации), а также задачам «управление конфликтами в рабочих ситуациях в команде».

В других случаях, эрготерапевты возвращаются к моделям практик или к системам ссылок, разработанным для того, чтобы определить способности, которые необходимо улучшить, цели, которые необходимо достичь и доступные средства. Тогда эрготерапевту достаточно выбрать из своего плана лечения задачи, которые наиболее соответствуют установленным целям. В таких случаях, мы находим в формулировке общих задач эзотерическую формулировку моделей практик.

Пример, который мы представим в следующем подпункте, проиллюстрирует вышеупомянутые факты. В этом типе плана лечения видно, что задачи специфичны для клиента, в то время как общие цели менее специфичны клиенту, а более ориентированы на выбранные модели практик. Общие цели в большей степени соответствуют общим и абстрактным положениям, которые скорее демонстрируют расстройство или дисфункции клиента, нежели трудности, наблюдаемые или демонстрируемые клиентом.

Общие цели предоставляют способы лечения, то есть техники или процедуры, которые необходимо пройти, чтобы их достигнуть. Например, общая задача «надевать вещи в правильном порядке» подразумевает одевание, а также выполнение конкретных действий, которые оставляют за собой след. Средства, предлагаемые общими целями более ясны, в случае если они связаны с очень развитыми методами практики, чем в случае если они связаны с размытыми и теоретическими в своей сути системами ссылок.

При лечении общие цели не могут быть достигнуты одновременно. В большинстве случаев, достижение некоторых определённых целей необходимо для того, чтобы перейти к другим целям. В процессе лечения общие цели зачастую ставятся в том порядке, в котором они должны быть достигнуты. Таким образом, первыми идут промежуточные общие цели, а последними конечные общие цели.

Отношения между конечными целями, общими целями и задачами не просты. Мы перечислили большинство способов для их понимания. Мы не рассматривали все элементы и вопросы, касающиеся этого аспекта, только потому, что метод, который мог бы дать точный ответ на этот вопрос, требует отдельного научного исследования. Для того чтобы классифицировать наши положения относительно планирования лечения, мы решили привести два примера. Первый, предложенный далее, содержит только план лечения. Второй содержит план лечения и соответствующую ему программу.

#### **8. 4. Осуществление лечения**

Осуществление лечения - это фаза вмешательства. Эрготерапевт, применяя программу, построенную в предшествующей фазе, стремится реализовать общие задачи и цели лечения. Это самая длинная фаза процесса ухода и она полностью разворачивается при непосредственном присутствии клиента.

Кажется, не требуется подробно рассматривать эту фазу процесса ухода, поскольку речь идёт об осуществлении того, что было предусмотрено заранее. Мы придерживаемся другого мнения, по следующим двум причинам:

Осуществление лечения является сотрудничеством между клиентом и его терапевтом. Оба партнёра должны часто обсуждать вмешательство, а именно предложенные средства, пространственно-временной аспект вмешательства. То есть, если фаза сконцентрирована на действии, на практике, на техниках, она не будет продвигаться без достаточного количества размышлений и теорий, как со стороны терапевта, так и со стороны клиента. Наша работа представит только размышления с точки зрения эрготерапевта. Эволюция представлений, которые происходят у клиента на протяжении вмешательства и то, как он реагирует на эрготерапевта, является темой другого изучения.

Более того, из всех обсуждаемых аспектов между эрготерапевтом и клиентом, этот требует больше всего размышлений в процессе вмешательства. Эрготерапевт определяет, какие виды деятельности он может предложить, какие специфические цели он может наметить, какую помощь он может оказать клиенту, как ему нужно изменять ход сеансов, в зависимости от физического и психического состояния клиента на данный момент. Таким образом, частично, ежедневная практика эрготерапевта заключается в применении техник, выбранных заранее. Они представляют собой постоянную теоретизацию того, за чем наблюдают, что позволяет проводить необходимые изменения в действиях эрготерапевта. В своей повседневной практике эрготерапевт является «машиной размышления». Но эти усилия не оцениваются должным образом ни терапевтом, ни его окружением, потому что, с одной стороны, они относятся к повседневной рутине, с другой стороны они не очень заметны. То, что можно заметить это действие, а не способ которым оно управляется.

Эти размышления по поводу роли клиента во вмешательстве и по поводу важности размышлений терапевта в проведении сеансов лечения приводят нас к рассмотрению в этой главе выбора видов деятельности, специфических задач, анализу деятельности, адаптации деятельности и проведению сеансов эрготерапии, а затем к роли наблюдения во время сеанса.

**Выбор видов деятельности.** Спектр видов деятельности возможных в эрготерапии очень широк. Виды деятельности зачастую выбирают вместе и последовательно эволюции осуществления лечения. Тем не менее, их выбор ограничен общими задачами и целями вмешательства. Выбранные виды деятельности должны способствовать их достижению. Выбор также ограничен

контекстом учреждения, в котором работает эрготерапевт, потому что не все услуги эрготерапии располагают должным оборудованием или потому что большинство больничного персонала считают, что эти виды деятельности не обладают терапевтической ценностью. Например, такой вид деятельности как батик является шокирующим с точки зрения хирургии руки.

В эрготерапии клиент может сам выбирать вид деятельности. Если он понял и принял то, что эрготерапия может решить проблемы, связанные с его дисфункцией, он сам может предлагать определённые виды деятельности. Тогда эрготерапевт становится советчиком и помощником в выполнении задания. Тогда говорят, что эрготерапевт ведёт клиента, позволяя быть ведомым им. К сожалению, такая степень согласия между клиентом и эрготерапевтом является редкостью. Зачастую эрготерапевту приходится убеждать клиента в необходимости выполнения того или иного задания и даже в необходимости лечения. Эрготерапевт находится в опасном положении относительно того, что касается вмешательства, потому что только клиент, отказываясь или принимая выполнение определённых видов деятельности, решает дальнейший ход лечения.

Большинство теоретиков эрготерапии рекомендуют, чтобы предложенные виды деятельности соответствовали интересам и ценностям клиента. Мы разделяем точку зрения Аллена (1987) и считаем, что этот способ убеждения очень слаб. Инвалидность, болезнь, госпитализация значительно снижают условия существования человека. Ничего из того, что было до этого, не является для него естественным. Таким образом, его ценности и интересы могут лежать очень далеко для того, чтобы быть достаточными ресурсами для вовлечения в программу восстановления функциональности. Внимательное слушание, умение ждать, находчивость, вера в помощь, которую эрготерапевт оказывает, зачастую остаются его единственными «средствами».

Как только клиент принимает решение начать заниматься той, деятельностью, которую ему предлагает эрготерапевт, это означает, что он осознал значимость и важность этих мероприятий для улучшения своей ситуации. К сожалению, очень тяжело узнать, какой вид деятельности является значимым для человека (Гибодо, 1980). Контекстуальные и **анамнестические** изменения могут вмешиваться, но определить с точностью как они вмешиваются невозможно.

**Специфические цели.** Как только вид деятельности выбран, эрготерапевт должен определить цели, которые он хочет, чтобы клиент достиг. Эти цели должны быть очень специфичными выбранному заданию и трудностям, которые клиент может встретить, выполняя их.

Цель считается специфической или операционной, если она описывает то, к чему стремятся при выполнении этого задания. Специфические цели должны быть как можно менее размыты и пространственные. Они сконцентрированы на способности клиента выполнять что-либо в выбранном виде деятельности. Например, приготовить

омлет с грибами по рецепту или собрать рукой вещи с рабочего стола и поставить их на полку.

До сих пор мы считали, что установления специфических целей следует после выбора деятельности, но получается, что, фактически, они предшествуют ему. Сначала эрготерапевт определяет специфические цели, а затем он ищет соответствующий вид деятельности. Это облегчает для эрготерапевта предложение чётких видов деятельности, которые он может аргументировать, показывая какие частные цели он позволяет достигнуть. Например, специфические цели: «быть в состоянии наклоняться вперёд и выпрямляться на стуле с колёсами», оправдывает вид деятельности «взять мяч с колен и протянуть терапевту».

Сразу после того, как эрготерапевт определяет специфические цели, до того как выбрать виды деятельности, он разбивает их посредством разmultiplication общих целей на столько специфических задач, сколько ему необходимо. Например, если речь идёт об общей цели «контролировать позицию сидя», взятую из параграфа Пример лечения; область психиатрии, терапевт определил следующие операционные цели:

- Быть в состоянии нагибаться вперед и выпрямляться на стуле с колёсиками
- Быть в состоянии нагибаться вправо и выпрямляться на стуле с колёсиками
- Быть в состоянии нагибаться влево и выпрямляться на стуле с колёсиками
- Выровнять патологическую позицию по указанию лица, осуществляющего уход
- Сохранять позицию сидя, опираясь на спину
- Сохранять позицию сидя, не опираясь на спину
- Авто-оценка положения туловища и грудной клетки и таза
- Занимать без указания позицию сидя.

Этот пример привел нас к формулировке трёх ремарок. В первую очередь, перечисленные специфические цели не могут быть достигнуты одновременно; некоторые из них являются промежуточными в соотношении с другими. Во-вторых, выбранные операционные цели также способствуют достижению других общих целей для данного ухода. В-третьих, лист этих специфических целей не является исчерпывающим. Это последнее замечание является важным. Оно означает, что в клинической ситуации, не стремятся к определению исчерпывающего перечисления специфических целей лечения, выбирают только те цели, которые кажутся неотъемлемыми для выбора техник лечения.

Сразу после того, как определяются специфические цели и выбираются виды деятельности, они становятся взаимосвязанными с общими целями посредством заданий. Каждая из них может быть направлена на одну или более общих целей. Больше количество заданий или их большее повторение необходимы для достижения одной общей цели. Совокупность специфических целей в рамках

мероприятий по уходу представляют собой частичное размножение общих целей. Такое размножение всегда достаточно для достижения общих целей.

То, что определение специфических целей предшествует или следует за выбором видов деятельности, зависит от клиентов и от выбранных моделей практики. Если клиент, пользуясь свободой, которую ему предоставляет эрготерапевт, сам предлагает виды деятельности, определения целей следует за его выбором. Если, наоборот, он не в состоянии определить, чем он хочет заниматься, терапевт должен предложить виды деятельности, в зависимости от специфических целей, заранее им разработанных. Осуществление лечения во втором случае более направляемо терапевтом, чем в первом. Модели практики оказывают влияние в той мере, в какой определённые из них являются более ясными и полными, что касается целей, в то время, как другие дают более детальное перечисление возможных видов деятельности. Например, модели, доминирующие в кинетологии или теории Б. Бобафа легче приводят к установлению специфических целей, чем модели, на которые оказали влияние психодинамические теории. Родовые модели, основанные на концепции человека и его взаимодействия с окружающей средой, легче подходят к целям, которые следуют за выбором видов деятельности. Важным принципом этих моделей является то, что клиенту предоставляется много свободы в выборе видов деятельности.

Мы также хотим отметить, что некоторые виды лечения настолько точны, что установление специфических целей можно осуществить сразу после установления общих целей в рамках плана лечения. Такие ситуации встречаются, в случае если клиент страдает специфическими расстройствами моторики и у эрготерапевта есть очень специализированная модель практики, специфичная расстройством, которыми страдает клиент. Он может поставить целью заново научить одеваться тех, кто страдает односторонним параличом.

**Анализ деятельности.** Эрготерапевт анализирует проводимые виды деятельности для того, чтобы он мог так организовывать их, чтобы они привели клиента к ожидаемому результату.

В первую очередь анализ является структуральным. Эрготерапевт перечисляет операции, которые необходимо выполнить, в зависимости от того, какие из них он считает самыми эффективными. Если необходимо, он детально описывает операции, которые кажутся ему наиболее проблематичными. Он определяет необходимые материалы и инструменты. Он предусматривает альтернативы для материалов, инструментов или операций. Он выбирает места, где будет проводиться деятельность и определяет продолжительность сеансов.

В дальнейшем анализ ориентирован на функции, на развитие и улучшение которых направлена данная деятельность. Килхофнер (1985) говорит о клиническом анализе деятельности: например, деятельность анализируется под углом движения и позиции, своей программы, сенсорных способностей, способностей



взаимодействия, рисков неудачи. Сюда входят и модели практики, которые позволяют определить критерии анализа.

Тогда, когда вид деятельности определяется клиентом, структуральные, а затем клинические анализы видов деятельности позволяют устанавливать цели. Они также способствуют приспособлению материалов и адаптации деятельности, которую терапевт должен организовать, так, чтобы клиент смог её выполнить и реализовать специфические цели. Когда деятельность выбирается в зависимости от специфических целей, это обязывает терапевта проанализировать большое количество видов деятельности, способных привести клиентов к операционным целям, затем определяется одна из них.

Встаёт вопрос, как при осуществлении лечения, за столь короткий промежуток времени, терапевт успевает выбрать и предложить задания, установить цели и проанализировать их. Фактически, за исключением студентов, которые изучают эрготерапию, эти операции, большей частью, умственные. Например, если человек хочет заниматься плетеньем из ивовых прутьев, его эрготерапевт немедленно анализирует эту деятельность, определяет цели, и обсуждает предмет в течение 5 минут; он ничего не записывает. Очень часто, у терапевта есть несколько минут до прихода клиента для того, чтобы подумать о лечении и определить, что он хочет сделать, как и почему он это хочет сделать. Тогда он быстро может записать выбранные или возможные виды деятельности, их цели, анализы, и средства, которые он предложит использовать, для того, чтобы поддерживать клиента в его деятельности.

**Адаптация деятельности.** Эрготерапевты обладают знаниями, которые позволяют им адаптировать и организовывать виды деятельности так, чтобы они соответствовали характеристикам клиентов. Это очень важное профессиональное качества эрготерапевта.

Адаптация при выборе видов деятельности означает, что эрготерапевт сначала предлагает простые задания, а только потом более сложные. Эрготерапевт придаёт терминам «простой» и «сложный» значение, которое возникает из соотношения формативного оценивания, целей лечения и программы. Это означает, что последовательно приобретаются сенсорные, моторные, когнитивные, аффективные и социальные способности. Эрготерапевт предлагает задания, которые он считает подходящими для клиента, учитывая контекст в котором он жил, его культуру. Сразу после того, как было установлено доверие, можно определять задания менее адаптированные к культуре пациента, но более специфичные лечению.

Адаптация организации деятельности предполагает совокупность принципов и техник, нацеленных на то, чтобы облегчить приобретение некоторых способностей или выполнение задания. Дополнительные средства также делают выполнение заданий более лёгкими.

Адекватная адаптация определённого вида деятельности, для того чтобы наблюдать за потенциалом клиента или его адаптацией является возможной только при помощи структурального анализа.

**Проведение сеанса эрготерапии.** Сеанс эрготерапии делится на три фазы неравной длины: фаза приготовления или ориентации, фаза деятельности или развития и финальная фаза (Проект эрготерапии, 1982; Хопкинс, 1978).

Фаза подготовки представляет собой подготовку сеанса без пациента, то есть выбор вида деятельности или предложений для деятельности, установление специфических целей, выбор техник лечения, пространственное и временное планирование сеанса, наличие материала, приглашение третьей стороны при необходимости. Фаза подготовки продолжается дальше при присутствии клиента.

Эрготерапевт должен давать необходимые объяснения, он определяет психическое и физическое состояние клиента на данный момент, чтобы приспособить вмешательство (Тёрнер, 1978). В случае необходимости, он проводит подготовительное лечение, чтобы выполнение деятельности стало возможным. Например, манипуляции, которые позволят нормализовать тонус.

Фаза деятельности – это выполнение клиентом видов деятельности при помощи терапевта и в заранее определённых условиях. Терапевт использует техники, которые он выбрал для того, чтобы достичь целей. Он наблюдает за тем, чтобы установленные специфические цели были достигнуты или продвигались в нужном направлении. Финальная фаза закрывает сеанс. Необходимо, чтобы клиент знал, что сеанс подходит к концу. Это можно объявить. Финальная фаза может состоять из обсуждения сеанса или, в общем, лечения. Она всегда содержит предложения более или менее разработанные для следующего сеанса, такие предложения облегчают подготовку следующего сеанса.

**Наблюдение во время вмешательства.** Во время осуществления лечения, терапевт наблюдает за деятельностью клиента, для того, чтобы приспособить своё поведение в соответствии с информацией, которую он постоянно получает. Такое наблюдение, в большей степени, является наблюдением-участием, чем сбор данных (Миссуна, 1987). В то же время она относится к поведению пациента и терапевта, так, чтобы эрготерапевт мог определить какая помощь будет наиболее эффективной для клиента.

Такое наблюдение-участие в полной мере открывает своё значение, когда необходимо дать советы третьей стороне, ответственной за повседневную жизнь клиента. Информирование третьей стороны является одной из обязанностей эрготерапевта. Это становится возможным благодаря способностям эрготерапевта адаптироваться к дискомфортам и ресурсам клиентов.

Такое наблюдение несёт информацию об эволюции клиента, в том, что касается понимания своей болезни, лечения и собственных ресурсов. Эта

информация является важной для определения соотношения между различными видами ухода, предметом которых является пациент и определить следующие этапы лечения.

Эти наблюдения являются решающими для определения эволюции лечения. Они делают формативное оценивание легче. Они позволяют эрготерапевту предположить, какими будут результаты лечения вне эрготерапевтического вмешательства.

### **Заключения**

В этой главе мы продемонстрировали, в чём заключается ежедневная практика эрготерапевта с теоретической и технологической точки зрения. Мы подчёркиваем то, что размышления терапевта мало заметны, из-за того, что во время сеансов лечения решения принимаются очень быстро. Эта быстрота необходима в клинической практике, так как лечение может иметь перверсивные эффекты, которыми не стоит пренебрегать: невозможно знать точным, почему лечение является эффективным или нет; нельзя знать точно, если принятые решения являются лучшими. Эти перверсивные эффекты могут иметь фатальные последствия для суммарного оценивания и общего оценивания поставляемых услуг в эрготерапии. Эти эффекты могут быть только частично преодолены при помощи лучшего планирования лечения, при помощи аудиовизуальных средств, и более внимательного наблюдения. Мы говорим частично, потому что сеанс не может быть приостановлен, чтобы дать терапевту время подумать, также его нельзя свести к нулю, чтобы потом терапевт начал его заново.

Заранее продуманная организация сеанса делает принятие решений во время сеанса легче, потому что эрготерапевт уже обдумал эту идею с разных точек зрения. Наблюдения показали, что если не экспериментировать с планированием лечения, оно становится очень неподвижным, уровень адаптации к потребностям клиента падает, что ведёт к тому, что вмешательство становится неэффективным.

Исходя из вышеуказанных причин, можно отметить, что улучшить вмешательство во время осуществления лечения в эрготерапии невозможно. Для этого эрготерапевтам нужны клинические исследования, которые они сами должны проводить.

## **8. 5. Суммарное оценивание**

Суммарное оценивание последняя фаза процесса эрготерапии. Она включает измерение результатов вмешательства и позволяет терапевту остановить или изменить их. Она способствует общению между разными лицами, осуществляющими уход относительно эволюции различных методов лечения, которые они осуществляли.

Можно определить, когда необходимо провести суммарное оценивание вмешательства. Иногда оно необходимо уже после нескольких сеансов, а иногда необходимо пройти формативное оценивание и только потом суммарное. А в случае, если процесс ухода очень длинный, он потребует нескольких суммарных оцениваний.

Независимо от того, как продолжителен период между различными видами оценивания, их результаты должны быть записаны и датированы. Эти письменные указания помогают определять расстояния между вмешательствами, особенно в хронических случаях, когда вмешательства становятся слишком рутинными.

**Процедура повторного оценивания.** Для измерения оценивания используются многочисленные процедуры, зачастую смешанные. Эрготерапевту следует отмечать достигнутые специфические цели, задавая вопрос, означает ли это, что общие цели тоже достигнуты. Если план лечения реализован, тогда это означает, что цели тоже достигнуты.

Эрготерапевт также может подвергнуть пациента повторному прохождению всех тестирований, которые он проходил на этапе формативного оценивания и сравнить полученные результаты с предшествующими. Эта процедура позволяет лучше определить эволюцию пациента и то, насколько были достигнуты общие цели и задачи лечения.

Эрготерапевт может детально проанализировать записи, которые он делал в конце сеансов лечения. Это процедура позволяет оценить результаты и ответить на вопрос о том, как прошла эволюция. Тогда, полученная оценка больше формативная, чем суммарная, потому что она выходит за рамки простого сравнения фактов или простого суммирования общих целей. Она предоставляет важные указания, если вмешательство необходимо изменить (Канадская Ассоциация Эрготерапевтов, 1986).

Независимо от того, какие средства сбора и анализа информации используются, суммарное оценивание оказывает влияние на результаты. Все цели могут быть достигнуты, некоторые могут быть достигнуты частично, а могут быть не реализованы совсем. Состояние клиента может остаться на месте или может эволюционировать. Тогда терапевт должен принять решение относительно продолжения лечения. Он может прервать лечение, продолжить без изменений или, наоборот, изменить свою программу или план. Изменение лечения означает, что терапевту необходимо найти мотивы, чтобы объяснить, почему он потерпел полную или частичную неудачу.

Результаты не так легко выявить. В разделе **Характеристики данных, собранных в эрготерапии** мы убедились, что многие из областей деятельности индивида не могут быть оценены в контексте эрготерапии. Некоторые программы нельзя оценить в момент, когда пациент покидает учреждение, особенно превентивные программы. Результаты измеряются в присутствии

терапевта. Существует риск, что когда терапевт уходит из сознания пациента, он решит не подчиняться тому, что от него ожидалось в процессе лечения. Нередко, эрготерапевт добавляет к объективному оцениванию лечения более субъективное оценивание, относительно того, что он думает о будущем субъекта и что он от него ждёт.

**Последствия результатов лечения.** На результаты лечения оказывают влияние многочисленные факты. Их можно отнести к работе эрготерапевта, эволюции болезни клиента или внешним факторам. Под внешними факторами мы понимаем другие виды лечения или изменения в социальном и аффективном состоянии клиента. Фактически, результаты нельзя с уверенностью отнести эрготерапии. Можно было бы установить связи между результатами и лечением, если располагать моделью, подходящими статистическими методами и техниками для того, чтобы контролировать, анализировать или выявлять факторы, влияющие на результат (Канадская Ассоциация Эрготерапевтов, 1987).

В случае если результаты плохи, терапевт должен задать вопрос, если лечение проводилось правильно. В таком случае он должен пересмотреть процесс эрготерапии и ответить, в первую очередь, на вопросы касательно осуществления лечения, затем программы, затем плана, затем организации и интерпретации данных, затем сбора информации. Каждый раз он должен задавать вопрос, если аргументация была правильной, если не были опущены определённые моменты, если связи между фазами были ясными. Если он нашёл ошибку, он возобновляет лечение, учитывая предыдущие недочёты. Вследствие чего, он может прийти к повторному анализу данных, плана или программы лечения. Такая процедура может быть необходимой в том случае, если в процессе вмешательства появляется дополнительная информация, способная оказать влияние на лечение.

Суммарное оценивание не только облегчает изменение лечения, но и позволяет организовать завершение лечения и поставить точку за наблюдением клиента в рамках других услуг.

### **Заключения**

Читатель, наверное, уже заметил, что то, что мы написали относительно суммарного оценивания, меньше, в сравнении с информацией, представленной по формативному оцениванию. Существуют две причины для этого: во-первых, накапливается отсутствие точности в процессе эрготерапии при формативном оценивании, планировании лечения и осуществлении лечения, что затрудняет финальное оценивание лечения. Во-вторых, до недавнего времени, эрготерапевты больше интересовались формативным оцениванием, которое позволяет познать случай, в то время как в суммарном оценивании интерес к вмешательству невелик, оно более ориентировано на уход, который проходит без участия эрготерапевта, который осуществлял лечение.

Сегодня, эрготерапевты должны приложить усилия, чтобы развить систему оценивания результатов вмешательства. Правильно оцененные и детально записанные результаты представляют особую ценность для межпрофессионального сотрудничества. Измерение результатов лечения способствует оцениванию самой эрготерапии: сравнение влияния эрготерапевтических вмешательств на клиентов, страдающих одним и тем же расстройством, можно оценить возможности эрготерапии, которые относятся к лечению определённого расстройства. В настоящее время, когда заказчики и пользователи услуг требуют у профессионалов уровня услуг, который позволит предоставить информацию об их качестве, клинические исследования относительно оценивания лечения являются необходимыми.

### **Вопросы на повторение Тема 8:**



1. Охарактеризуйте методы лечения, используемые в эрготерапии.
2. Аргументируйте необходимость формативного оценивания в эрготерапии.
3. Поясните значимость плана лечения для успешного эрготерапевтического вмешательства.
4. Перечислите требования, которые эрготерапевт должен соблюдать при осуществлении лечения
5. Перечислите техники суммарного оценивания в рамках эрготерапии

### **Индивидуальное изучение:**

1. Нанесите ознакомительный визит в одно из учреждений из вашего сообщества, которое предоставляет услуги социальной реабилитации. Отметьте проблемы, с которыми сталкиваются бенефициары и их потребности.
2. Разработайте карманный гид с методологическими указаниями относительно проведения процесса эрготерапии для бенефициаров в определённом учреждении, учитывая их возраст и тип трудности.

## **Библиография:**

1. Allen Claudia C., "Activity : Occupational Therapy's Treatment Method", American Journal of Occupational Therapy, Volume 41, No.9, 1987.
2. Allen Kay Claudia, Earhart A. Catherine, Blue Tina, Occupational Therapy Treatment Goals for the Physically and Cognitively Disabled, The American Occupational Therapy Association Inc – 1992
3. American Occupational Therapy Association, Representative assembly, The Philosophical Base of Occupational Therapy , in "American Journal of Occupational Therapy", nr. 35/1981, pag. 568-573
4. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Chap III, Alinéas E, F, G, Spécific Psychosocial interventions, Other Social and Community Interventions, Treatment Settings, American Journal of Psychiatry, Volume 154, No 4, p.26-35. 1997.
5. Asistența socială : Studii și aplicații / C. Bocancea, M. Borș, I. Cîmpeanu; coord. G. Neamțu, D. Stan.- Iași: Ed. Polirom, 2005.- 444
6. Chardon C., En psychiatrie, l'ergothérapie, espace de satisfaction des besoins fondamentaux, Journal d'ergothérapie, Tome 7, 1985.
7. Clark, P.N., The framework in Contemporary Occupational Therapy Practice, part 1, in "American Journal of Occupational Therapy", nr. 33/1979, pag. 505-514
8. Danii, Anatolie. Ghid de termeni și noțiuni / concepție, realizare Anatolie Danii, Sergiu Racu, Manole Neagu - Chișinău: Pontos, 2006.- 312 p.
9. Dezinstituționalizarea serviciilor de protecție a copilului în România. Ghid metodologic. – București, 2004.
10. Dicționar de politici sociale. / coord. Luana Miruna Pop - București: Expert, 2002.- 877
11. Ducret M. Grasset F., Action instrumentale et communicative dans le cadre de l'offre occupationnelle d'un service de réhabilitation, du travail thérapeutique à une vision intégrée de l'offre occupationnelle., Présentation au congrès de la World association for psychosocial rehabilitation à Montréal oct. 1991, abstract book.
12. Ducret M. L'ergothérapie et la méthode", ou le processus comme "tentation d'Orphée, Ergothérapie, no.3, 1991.
13. Ducret M. Réhabiliter l'occupation, réflexions sur l'offre occupationnelle dans l'hôpital psychiatrique, Ergothérapie, no. 6, 1989
14. Ducret M., F.Grasset, Instrumentalisme et réhabilitation psychosociale, devenir des méthodes processuelles dans les espaces intermédiaires, REVUE DE SANTE MENTALE AU QUEBEC, XIX, 1, 33-46, 1994
15. Ducret M., "Créativité et stratégies occupationnelles intégrées", communication au groupe de travail sur le thème "Ateliers d'expression à visée thérapeutique", congrès de septembre 92, aux IUPG, consacré à : "La schizophrénie aujourd'hui : traitements, suivis et issues à long terme".

16. Enăchescu C., Psihologia activității patoplastice, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1977
17. Gherguț, Alois. Managementul serviciilor de asistență psihopedagogică și socială : ghid practic / Alois Gherguț.- Iași: Polirom, 2003.- 208
18. Gherguț, Alois. Sinteze de psihopedagogie specială : ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice / A. Gherguț.- Iași: Polirom, 2005
19. Gherguț, Alois. Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale : Strategii diferențiate și incluzive în educație / Alois Gherguț.- Iași: Ed. Polirom, 2006.- 254p
20. Grasset F. , M.Ducret, "Approche écosystémique et réadaptation psychosociale-synthèse d'une série d'études et d'expériences d'analyse institutionnelle et d'organisation de thérapies plurimodales", communication au congrès de la World association for psychosocial rehabilitation à Montréal oct. 1991, abstract book.
21. Grasset F., "Approche écosystémique des troubles mentaux, réhabilitation sociale des patients soignés dans les institutions psychiatriques publiques, Neuro-psy, 6/4, p.183-192, 1991.
22. Grasset F., M.Ducret, "Thérapie institutionnelle, approche écosystémique et réhabilitation psycho-sociale" REVUE DE SANTE MENTALE AU QUEBEC, XVIII, 2, p.155-182, 1993.
23. Ionescu S., L'intervention en déficience mentale, Pierre Mardaga Editeur, Liege-Buxelles, 1990
24. Kremer Ellen R.H., David Nelson, Lindia N.Duncombe, "Effect of selected activities on affective meaning in psychiatric patients", American Journal of Occupational Therapy, Vol.38, No.8, 1984.
25. M. Ducret, F. Grasset, Anne Catherine Pfister-El-Maliki, Marylene Dutoit, Introduction aux strategies occupationnelles en psychiatrie institutionnelle, intermediaire et communautaire, Site de Cery, Prilly-ausanne, 2008
26. M. Erard, T. Bianchi, P. Chapuis, P. Gudel, Ergotherapie et autres prestations particulieres a domicile, Ed. SCRIS,1986
27. Paul Stanley, Mental health: An endangered occupational therapy speciality?, in „The issue is?” , American Journal of Occupational Therapy, Volume 50, No 1, p. 65-68,1996
28. Păunescu C., Ene L., Mânzat B., Popovici D., Ionescu L., Petrescu M., Niculcea D. Terapia educațională integrată. Editura Pro Humanitate, București, 1999.
29. Păunescu C., Mușu I., Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal, Ed. Medicală, București, 1990
30. Peloquin Suzanne M., "Occupational therapy service : Individual and collective understandings of the founders, part 1", American Journal of Occupational Therapy, vol.45, no.4, p.352-360, 1991
31. Suto Melinda, FRANJ Gelya, "Future time perspectives and daily occupations of persons with chronic schizophrénia in a board and care home" American Journal of Occupational Therapy, Vol. 48, No 1. p.7-18, 1994.
32. Sylvie Meyer, Procesul de ergoterapie, Periodicele Școlii de studii sociale și pedagogice (ȘSSP), Nr. 7, 1990



33. Taylor Eve, Jeanne Manguno, "Use of treatment activities in occupational therapy", American Journal of Occupational Therapy, vol.45, no.4, p.317-322. 1991
34. Tratat de asistență socială / Mircea Alexiu, Cristian Bocancea, Venera Bucur,... ; coord. George Neamțu.- Iași: Polirom, 2003.