

This is a translation into Russian of:

**WILLARD & SPACKMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY 10/E (978-0-7817-2798-3)
by Crepeau, Elizabeth Blesedell, PhD, OTR/L, FAOTA, et.al.**

**Chapter 27. Overview of Intervention
Pages 455-490**

Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, USA

Accurate indications, adverse reactions, and dosage schedules for drugs are provided in this book, but it is possible that they may change. The reader is urged to review the package information data of the manufacturers of the medications mentioned. The authors, editors, publishers, or distributors are not responsible for errors or omissions or for any consequences from application of the information in this work, and make no warranty, expressed or implied, with respect to the contents of the publication. The authors, editors, publishers, and distributors do not assume any liability for any injury and/or damage to persons or property arising from this publication.

Permission to print 100 copies for educational use only and not for resale.

The translation has been made within the joint project “Mentorship and supervision support in the Ergotherapy programme, 4th programme” between the Swedish Association of Occupational Therapists and St Petersburg State Medical Academy named after I I Mechnikov in 2008. This project is supported by East European Committee of the Swedish Health Care Community.

The translation has been made by
Sergey Maltsev, Olga Kamaeva and Mishina Ekaterina Anatolevna

Глава 27

Обзор эрготерапевтического вмешательства

Раздел I: Эрготерапевтическое вмешательство

**Раздел II: Модель вмешательства «Человек – задача – окружение»:
Алгоритм принятия решения**

Раздел I

Эрготерапевтическое вмешательство

Barbara A. Boyd Schell

Elizabeth Blesdell Crepeau

Ellen S. Cohn

Идентификация потребностей клиента

Оценка сильных сторон и ограничений выполнения деятельности

Разработка плана вмешательства

Проведение вмешательства

Деятельность, целенаправленная активность, подготовительные методики

Мониторинг и завершение вмешательства

Выводы

Эрготерапевтическое вмешательство – термин, определяющий процессы и методы, используемые практикующими эрготерапевтами для того, чтобы помочь своим клиентам достичь желаемого уровня выполнения тех видов деятельности, которые важны для них. Сюда относятся персональные и инструментальные активности повседневной жизни, такие как обучение, работа, игра и досуг, а также социальное участие (American Occupational Therapy Association- Commission on Practice [АОТА], in press). В Разделе I рассматривается возможности проведения и факторы, влияющие на выбор вмешательства. (Таблица 27-1). В Разделе II этой главы Holm, Rogers и Stone представляют алгоритм вмешательства, основанный на взаимодействии трех составляющих Человека – Задачи – Окружения. В следующих частях книги описано применение этих методов вмешательства, исходя из потребностей детей и взрослых. Хотя практикующие специалисты разрабатывают вмешательство для групп или целых популяций, этот раздел фокусируется на планировании вмешательства для одного человека. Подобное планирование и методы могут быть также использованы для группы.

Эрготерапевтическое вмешательство может проводиться как в медицинском или образовательном учреждении, так и в других условиях (Таблица 27-1). Каждое из этих мест имеет специфические характеристики, которые влияют на проведение вмешательства. Здесь рассматриваются физические ресурсы (такие как инструменты, виды деятельности и пространственные возможности), а также социальные факторы (такие как страховки, покрывающие вмешательство, платежеспособность и наличие персонала). Помимо этого, на проведение вмешательства влияет форма нарушений здоровья человека, (острая или хроническая) и наличие контекстуальных факторов (поддерживающих или увеличивающих риск).

Процесс вмешательства неотъемлем от процесса оценки. Рисунок 27-1 представляет процесс эрготерапии, демонстрируя интерактивные взаимоотношения между нуждами пациента, оценкой и вмешательством. Хотя и эрготерапевт и ассистент эрготерапевта могут проводить вмешательство, именно эрготерапевт отвечает за то, чтобы оно находилось в согласии с клиническим мышлением и соответствовало профессиональным стандартам (Hijunajosa, & Blount, 1998; Moyers, 1999).

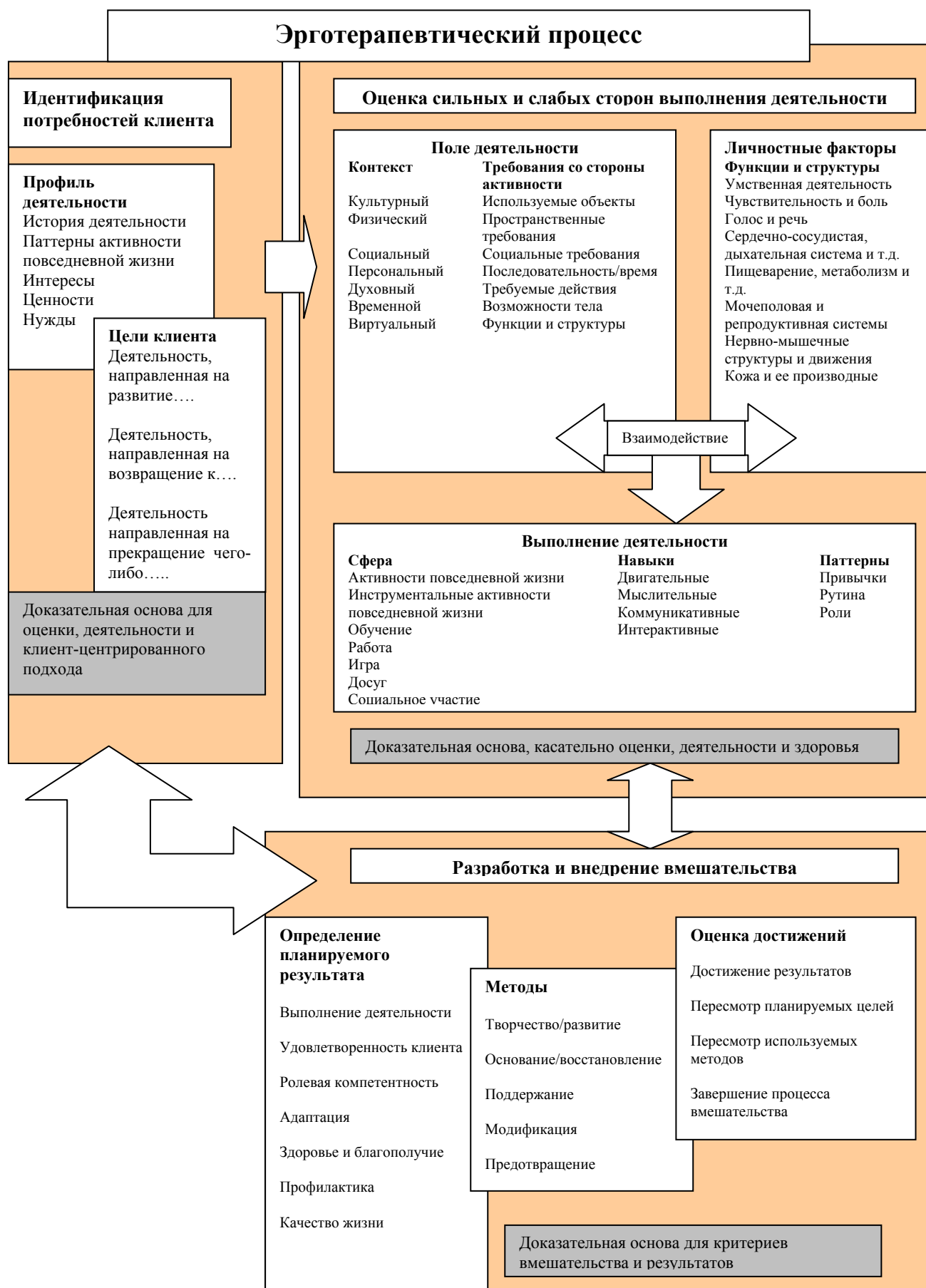


Рисунок 27-1. Процесс эрготерапии включает в себя понимание потребностей клиента, касающихся его деятельности, оценку выполнения деятельности и вмешательство, направленное на удовлетворение выявленных потребностей

Таблица 27-1. ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Вид вмешательства	Определение
Эрготерапевт сам выступает в роли инструмента вмешательства эрготерапевтическом процессе	Планируемое использование личностных качеств специалиста, его восприятия, осознанности и суждений в
Терапевтическое использование деятельности/активности	Деятельность/активность выбирается с точки зрения соответствия определенным целям вмешательства; здесь могут быть выделены следующие категории: • Деятельность • Целенаправленная активность • Подготовительные методики
Консультирование для сотрудничества с клиентом при выявлении проблем	Практикующие специалисты используют знания и опыт и для принятия эффективных решений, которые в первую очередь будут воплощаться в жизнь самим клиентом
Процесс обучения	Передача знаний и информации о деятельности и активности клиенту

Займствовано в публикациях АОТА (в периодических изданиях)

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТА

Практикующие эрготерапевты строят вмешательство на понимании клиента как человека с уникальной историей жизни и деятельности, ценностями и интересами. Цели клиента выбираются путем систематического интервьюирования клиента и его близких о нарушении деятельности клиента, угрожающем или неадекватном ее выполнении. Эта информация дает понять, на чем должно фокусироваться внимание эрготерапевта, и является основой для генерирования идей касательно вмешательства.

ОЦЕНКА СИЛЬНЫХ СТОРОН И ОГРАНИЧЕНИЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Эрготерапевты оценивают выполнение деятельности, фокусируясь на выявленных ранее проблемных сферах. Помимо оценки действительного уровня выполнения активности клиентом, эрготерапевты могут оценивать контекст, в котором клиент живет и работает, требования со стороны активности и специфические особенности клиента (такие как сила, координация и ментальные функции, которые могут влиять на выполнение деятельности). Для эрготерапевтов также представляет интерес адекватность взаимодействия между человеком и его окружением и то, как это взаимодействие влияет на способность клиента жить привычной жизнью. Используя классификацию функционирования, данную ВОЗ (WHO, 2001), можно сказать, что эрготерапевтов интересует, как влияют возможности человека (структуры и функции тела) на требуемые активность и участие. В то же время эрготерапевты рассматривают влияние контекста (личностных факторов и окружения) на активность и участие. Тщательная оценка взаимоотношений этих факторов позволяет эрготерапевтам выявить ограничения, связанные с личностными и контекстуальными факторами, которые приводят к затруднениям выполнения деятельности клиентом. Не менее важно, что подобный анализ выявляет сильные стороны, и это может способствовать здоровой деятельности.

Хотя исключительно важно, чтобы вмешательство проводилось после тщательной оценки, эрготерапевты часто чередуют процессы оценки и вмешательства (Rogers, Holm & Stone). Для этого может существовать несколько причин.

- *Вмешательство необходимо для более полного изучения потенциальных возможностей выполнения деятельности.* Например, к эрготерапевту может быть направлен клиент с ДЦП, которому необходимо использовать вспомогательные технические средства на рабочем месте. Во время проведения начальной оценки эрготерапевт замечает, что клиент плохо позиционирован в коляске. Эрготерапевт переключается на вмешательство, направленное на улучшение позиционирования за счет предоставления более жесткого сиденья и поддержки корпуса, таким образом стабилизируя клиента до того, как перейти к дальнейшей оценке, касающейся вспомогательных технических средств.
- *Максимальное внимание должно уделяться предотвращению дальнейшей утраты функций.* Примером этого может быть изготовление *защитного* ортеза для клиента, восстанавливающегося после перелома запястья, прежде чем начать работать над проблемами самообслуживания и ведения домашнего хозяйства.
- *Новые результаты наблюдения за выполнением деятельности подсказывают, что необходимо продолжить обследование.* Например, практикующий эрготерапевт, работающий в публичной школе, замечает, что ребенок способен начать общение со сверстниками в школе после посещения ряда групповых занятий, проводимых эрготерапевтом, направленных на улучшение социальных навыков. Однако, после наблюдения за тем, как этот ребенок старается угнаться за одноклассниками на игровой площадке во время игры в мяч, эрготерапевт решает, что необходима оценка двигательных навыков. В подобной ситуации, несмотря на то, что вмешательство было успешным, новая информация будет способствовать проведению дальнейшей оценки.

Какой бы ни была эта последовательность, эрготерапевт несет ответственность за то, чтобы полученная в ходе оценки информация была использована, основываясь на доказательных фактах, при предложении критериев вмешательства для клиента (Holm, 2000). Эти критерии вмешательства должны соотноситься с предполагаемыми результатами, которые будут достигнуты в ходе проведения вмешательства.

РАЗРАБОТКА ПЛАНА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Хорошо составленный план вмешательства включает в себя два компонента: предполагаемый результат и методы, которые эрготерапевт и клиент будут использовать для достижения этого результата (АОТА, in press; Moyers, 1999). Определение предполагаемого результата необходимо для того, чтобы эрготерапевт и клиент ясно представляли себе цель вмешательства. Результаты должны соответствовать следующим критериям:

- Соотноситься с целями клиента и желательным уровнем выполнения деятельности;
- Быть измеримыми, чтобы достижение результата было очевидно;
- Достижение результата должно укладываться во временные рамки, отведенные на вмешательство

Практикующие специалисты обязательно записывают ожидаемые результаты вмешательства, хотя форма ведения документации в этом случае сильно варьирует в зависимости от обстоятельств.

В плане вмешательства оговариваются методы, которые будут использованы специалистом для достижения результата. Эрготерапевт должен ясно излагать свои соображения, лежащие в основе принятых решений. Должна прослеживаться логическая цепочка рассуждений и доказательных фактов, которые подкрепляют данные, полученные эрготерапевтом в процессе оценки, и объясняют выбор методов вмешательства.

ПРОВЕДЕНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Вмешательство проводится после того, как эрготерапевт и клиент достигли соглашения, относительно планируемых мероприятий. Подходы вмешательства могут касаться навыков или паттернов выполнения активности, а также могут фокусироваться на требованиях, которые предъявляет сама деятельность, или на контексте ее выполнения. Часто несколько целей преследуется одновременно. (В разделе 2 приводится множество примеров, иллюстрирующих разнообразие направленности вмешательства).

Помимо этого, вмешательство может характеризоваться тем, насколько тесно оно связано с деятельностью клиента (Fisher, 1998). Fisher описывает несколько направлений для размышления на эту тему:

- *Естественность*: Что представляет собой вмешательство, приспособляющие упражнения или более естественную деятельность?
- *Цель и значение*: Кто определяет цель и значимость активности, эрготерапевт («Делайте это, потому что для Вас это полезно») или клиент («Это то, что я хочу, или мне нужно делать»)?
- *Направленность вмешательства*: Подразумевает ли активность восстановление или улучшение каких-либо возможностей клиента (таких как функции тела), или она направлена непосредственно на улучшение выполнения деятельности?

Занятость, целенаправленная и подготовительная активность

Новички в профессии часто находятся в нерешительности при выборе вмешательства, возможно, потому что на них обрушивается лавина факторов, которые нужно рассмотреть. В такой ситуации имеет смысл сосредоточиться на деятельности, имеющей ценность для клиента. Часто наилучшим выходом будет начало работы непосредственно над проблемами выполнения деятельности, методически используя эти наиболее важные виды деятельности (Gray, 1999; Trombly, 1995). В таблице 27-2 показаны возможные точки приложения, которые рассматривает специалист, когда стоит перед выбором эрготерапевтического подхода. Например, пытаясь помочь ребенку с нарушениями развития научиться есть в социально приемлемой манере, эрготерапевт может сконцентрировать свои усилия на активности повседневной жизни. Он может уделять внимание навыкам, например, обучая ребенка доносить пищу до рта, правильно используя столовые приборы. С другой стороны, эрготерапевт может работать с матерью ребенка и самим ребенком, с целью развить соответствующие привычки при приеме пищи, к примеру, приучая ребенка запивать твердую пищу, помогая ему проглатывать еду и избегать вытекания жидкости изо рта. Эрготерапевт может изменить требования активности, попросив мать ребенка предлагать ей только один вид пищи за раз. Или он может увеличить социальные требования активности, когда ребенок должен есть в ресторане. Наконец, нужно обращать внимание на особенности клиента. К примеру, если ребенок чрезвычайно возбудим, отдельным пунктом в плане вмешательства будет добавление пищи, требующей жевания, в качестве проприоцептивного воздействия, которое будет оказывать успокаивающий эффект на центральную нервную систему.

Использование естественных видов деятельности в качестве вмешательства очень продуктивно, так как клиенты придают им смысловое значение, что в свою очередь, способствует развитию или восстановлению их самоидентификации (Christiansen, 1999). Специалист должен тщательно анализировать и градуировать естественную активность. Эрготерапевт также должен сотрудничать с клиентом, создавая обстоятельства, которые позволят активности происходить в наиболее естественных условиях. В то же время, для организации вмешательства, может потребоваться принести надлежащие материалы и инструменты из дома, с работы или из школы. Используя все эти подходы, клиент

постепенно развивает или восстанавливает желаемые навыки функционирования, путем постепенного вовлечения в активность.

В других ситуациях клиент обучается новым или адаптивным навыкам. Иногда клиент сопротивляется вовлечению в деятельность, поскольку чувствует, что не сможет выполнять ее так же хорошо как раньше, или из-за боязни будущей неудачи. В подобных случаях специалисту нужно выбрать альтернативные виды деятельности со схожими характеристиками. Клиент не будет бояться неудачи, поскольку у него нет представления о собственном уровне компетентности в этой новой деятельности. Подобные виды деятельности могут называться **целенаправленной активностью**. Этот термин может трактоваться по-разному, в зависимости от ситуации (American Occupational Therapy Association [AOTA], 1993, 1995). Любое вмешательство имеет цель. Выбор вмешательства определяется тем, насколько оно может помочь клиенту достичь определенного результата в деятельности, имеющей для него ценность. Деятельность выбирается таким образом, чтобы она имела смысловое значение для данного клиента, и могла быть использована для достижения специфических целей, таких как улучшение концентрации внимания, координации или социальных навыков. Целенаправленная активность связана с основными интересами клиента и способствует достижению специфических для него результатов. Помимо деятельности и целенаправленной активности эрготерапевты используют на практике **подготовительные** и **вспомогательные** методики (AOTA, in press; Moyers, 1999). Практикующие специалисты используют подготовительные методики, чтобы облегчить выполнение активности, способствуя выполнению отдельных телесных или умственных функций, в качестве подготовительного этапа, перед тем как вовлекать клиента в активность. Например, клиент может применять техники визуализации, чтобы улучшить выполнение активностей, связанных с повышенным стрессом, таких как прохождение теста или интервьюирование перед приемом на работу. Клиент с артритом может использовать горячую грелку или принимать горячий душ, чтобы уменьшить утреннюю скованность, и таким образом улучшать двигательные возможности для выполнения работы по дому или в саду.

В следующем разделе будут обсуждаться различные точки зрения о том, в какой последовательности используется деятельность и целенаправленная активность, а также использование подготовительных и вспомогательных методик. Мы предлагаем рассматривать подготовительные и вспомогательные методики как часть терапии, которая обязательно включает в себя деятельность или целенаправленную активность. Для этого есть две причины. Во-первых, существующие исследования о двигательном и когнитивном обучении подтверждают необходимость использования полученных знаний в контексте повседневной активности для наибольшей результативности (см. главы 21 и 30). Во-вторых, постоянное использование деятельности или целенаправленной активности облегчает для клиента и других заинтересованных сторон понимание уникального воздействия эрготерапии на состояние здоровья.

ТАБЛИЦА 27-2. ВЫБОР ВМЕШАТЕЛЬСТВА

	Навыки	Привычки и рутина	Контекст	Требования со стороны активности	Личностные факторы
Активность повседневной жизни					
Инструментальные виды активности повседневной жизни					
Обучение					
Работа					
Игра					
Досуг					
Социальное участие					

Мониторинг и завершение вмешательства

Практикующие специалисты мониторят реакцию клиента на вмешательство во время всего эрготерапевтического процесса. Эрготерапевты систематически оценивают прогресс в достижении результатов и при необходимости видоизменяют вмешательство. Например, по мере достижения одних целей возникают новые. Некоторые клиенты могут реагировать на вмешательство не так, как планировалось, и это ведет к изменению подходов. В конце концов, клиент достигает желаемого уровня, или становится очевидно, что продолжение терапии не принесет пользы. В этот момент процесс эрготерапии прекращается. Помимо этого, ситуация может сложиться так, что клиент сам прерывает процесс, или нет достаточных ресурсов для продолжения вмешательства. В последнем случае эрготерапевт должен попытаться найти альтернативные пути для удовлетворения потребностей клиента, который хочет продолжать занятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эрготерапевтическое вмешательство принимает во внимание особенности и проблемы деятельности клиента, данные оценки и весь диапазон путей успешного достижения желаемых результатов. Использование деятельности и целенаправленной активности одновременно способствует тому, чтобы учитывались ценности и интересы клиента, и иллюстрирует уникальность вклада эрготерапии в здравоохранение.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА 27-1

Точка зрения Сюзан Трейси (Susan Tracy):

Нужно акцентироваться на смысле

SUZANNE M. PELOQUIN

Сюзан Э. Трейси была основателем программы прикладных искусств в больнице для душевнобольных Адама Нивайна в Бостоне. Первый выпуск этой программы был направлен на обучение медицинских сестер навыкам инструктирования в ремеслах. Она описала свои размышления на эту тему в книге, опубликованной задолго до основания Общества Поддержки Развития Эрготерапии [Society for the Promotion of Occupational Therapy]. Трейси (1913) предполагала, что учитель по ремеслу должен «размышлять о глубинных потребностях пациента» (стр. 10). Она верила в то, что инструктор, которого интересуют эти потребности, добивается большего:

Если сестра может доказать сопротивляющемуся пациенту, что, несмотря на имеющиеся нарушения, существует множество способов приносить пользу, о которых он не догадывается, мысленное сопротивление уменьшается, появляется удовлетворение и весь организм в целом готовится к тому, чтобы ответить на изменившиеся к лучшему условия. (стр. 171)

То, как широко Трейси рассматривает возможности приносить пользу, впечатляет. Это должно служить напоминанием эрготерапевтам наших дней, что нужно развивать те виды вмешательства, которые идут дальше нарушений чувствительности и двигательных ограничений и направлены на более глобальные нужды клиента, касающиеся удовлетворения и смысла жизни.

Tracy, S. E. (1913). *Studies in invalid occupation: A manual for nurses and attendants*. Boston: Whitcomb & Barrows.

Раздел II: Модель вмешательства «Человек – задача – окружение»: Алгоритм принятия решения

Marog B. Holm

Joan C. Rogers

Ronald G. Stone

Модели взаимодействия Человек-Задача-Окружение [Person-Task-Environment Transaction Model; PTE Transaction Model]

Возможности человека (клиента)

Требования окружения

Взаимодействие

Когда требования превышают возможности: несоответствие выполнения

ЧЗО взаимодействие и модели функции и дисфункции

МКФ

Практическая модель эрготерапии

Эрготерапевтические подходы при несоответствии выполнения

Восходящий подход при несоответствии выполнения

Нисходящий подход при несоответствии выполнения

Преимущества и недостатки двух подходов при несоответствующем взаимодействии ЧЗО

Подход вмешательства двадцать первого века

Несоответствующее выполнение: Возможности человека и требования общества

Природа несоответствия выполнения

Алгоритм принятия клинического решения для вмешательства, основанного на модели взаимодействия ЧЗО

Имеется ли дефицит навыка?

Имеется ли дефицит привычек?

Подходы, направленные на достижение конкретного результата

Адаптация

Изменение

Предотвращение

Создание

Развитие/восстановление

Заключение

Исторически, практикующие эрготерапевты сведущи в вопросах выполнения клиентом повседневных задач, которые определяют жизнь клиента и придают ей смысл (Booth, Davidson, Winstanley, & Waters, 2001; Fisher & Short-DeGraff, 1993; Guralnik, Branch, Cummings, & Curb, 1989; Hilton, Fricke, & Unsworth, 2001). Уникальный профессиональный вклад эрготерапии касается социального участия, а также возможностей и уровня выполнения активности, и определяется как взаимодействие человека, задачи и окружения (ЧЗО взаимодействие). Когда идет речь о функционировании на этом уровне, специалисты принимают к рассмотрению такие факторы, как структуры и функции организма и возможности клиента, во время выполнения клиентом специфических задач с учетом требований окружения.

Данный раздел включает шесть подразделов. Первый из них начинается с краткого обзора касательно ЧЗО взаимодействия. Приводятся документы, объясняющие, каким образом люди влияют на свое окружение, и, каким образом окружение влияет на человека. Описываются составляющие и синергические механизмы ЧЗО взаимодействия. Здесь обосновывается необходимость понимания значения ЧЗО взаимодействия для таких понятий как здоровье и болезнь/нарушение - на уровне функции и дисфункции. Во втором

подразделе ЧЗО взаимодействие рассматривается в контексте теории реабилитации и эрготерапии. Обсуждаются ключевые концепции понимания подходов эрготерапии, применяемых в случаях несоответствующего выполнения деятельности. В третьем подразделе дано определение и описание двух основных подходов, восходящего и нисходящего. Нисходящий подход является методом выбора, отвечающим запросам развивающейся специальности и здравоохранения в целом. Этот подраздел завершает обсуждение природы несоответствия при выполнении деятельности. Здесь же приводятся основные аргументы, которые лежат в основе принятия решения о эрготерапевтическом вмешательстве.

Четвертый подраздел рассматривает природу несоответствующего выполнения деятельности и алгоритм принятия клинического решения. Пятый подраздел иллюстрирует, как, с помощью этого алгоритма, определить природу несоответствия выполнения, вызванную дефицитом навыков или привычек. Данный алгоритм помогает практикующим эрготерапевтам понять природу несоответствия в выполнении деятельности и, исходя из этого, планировать адекватное вмешательство. Последний большой подраздел фокусируется на формировании направленности на достижение функционального результата и на вмешательство, направленное на окружение. В этом подразделе описаны пять стратегий вмешательства, проиллюстрированные клиническими примерами.

МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЗО

Безопасное, адекватное и независимое выполнение персональных и инструментальных активностей повседневной жизни, задачи, профессиональных и учебных задач, игровых и досуговых активностей возможно только при успешном взаимодействии ЧЗО. Экологические модели, адресованные взаимодействию ЧЗО, рассматривают взаимоотношения между людьми и средой, которая их окружает. Эрготерапевты с давних пор уделяли внимание влиянию окружения на выполнение задачи. Основоположники профессии Slagle (1922), Meyer (1922) и Haas (1944) предлагали адаптировать окружение для улучшения функционирования клиента. Однако серьезные попытки применить философские постулаты в практических моделях были сделаны лишь недавно. Начиная с 1980-х годов, в эрготерапевтической литературе были описаны экологические модели, разъясняющие практикующим специалистам значение ЧЗО взаимодействия.

В 1982 году Rogers были привнесены поведенческие концепции для усовершенствования и обогащения фундаментальных предпосылок, объясняющих связь между функционированием и окружением, о которой упоминалось в ранних философских трудах. Рассматривалось независимое поведение как показатель компетентного и автономного функционирования человека, а также влияние на поведение физических, социальных и временных факторов окружения. В норме, привычки повседневной жизни дают человеку возможность автоматически и адекватно реагировать на требования окружения. Нарушения баланса между возможностями человека и требованиями окружения могут быть результатом дефицита двигательных, когнитивных функций или восприятия, возникающих вследствие повреждения или возрастных изменений. Фундаментальная терапевтическая стратегия для улучшения нарушенных возможностей клиента заключается в том, чтобы уменьшить требования со стороны окружения, а затем увеличивать их постепенно, по мере возрастания компетентности. Kiernat (1982) дает более четкое описание терапевтического значения окружения.

Barris (1982) развивает концептуальное значение окружения применительно к модели деятельности человека [the Model of Human Occupation], разработанной Kielhofner и Burke (1980). Согласно этой модели, человек выбирает окружение, в котором хочет находиться, основываясь на таких факторах, как новизна, сложность и сопоставимость с его собственными интересами и ценностями. Требования со стороны окружения к выполняемой деятельности, ассоциированные с людьми и объектами окружения, оказывают сильное

влияние на развитие ролей, привычек и навыков. Развитие компетентности включает способность к успешному взаимодействию с ширящимся разнообразием окружений. Поэтому модель разъясняет особенности окружения и его влияние на человека.

Howe и Briggs (1982), как и Barris используют системный подход для описания взаимодействия человека и окружения. В их модели экологических систем люди и их окружение формируют друг друга. Человек находится в центре экосистемы, а его окружение представлено тремя слоями – это непосредственные условия, социальные связи и институциональные структуры, и идеология. Эти слои создают пространство для выполнения жизненных задач и ролей. Поведение является функциональным, если взаимодействие человека и его окружения позволяет человеку достигать целей, созвучных с их представлением о качестве жизни.

Давая определение деятельности, Nelson (1988) подчеркивает разницу между формами деятельности и выполнением деятельности. Он призывает к тому, что выполнение деятельности или действие может быть понятным только в контексте формы деятельности, которой в свою очередь называется «ряд объективных внешних обстоятельств, независимых от человека» (стр. 633). Первое измерение форм деятельности включает физические стимулы, существующие в окружении, такие как используемые материалы, обстановка, человеческий контекст, временные факторы. Второе измерение форм деятельности касается социально-культурных факторов. Первое измерение сфокусировано на действии как таковом, в то время как второе отражает символические аспекты деятельности (например, ценности и нормы). Если верить Nelson, то выполнение деятельности касается конкретного действия, выбор которого, алгоритм и структура определяются формой деятельности.

Holm и Rogers (1989) описывают взаимодействие ЧЗО как взаимоотношение между возможностями, необходимыми для выполнения задачи, и неотъемлемыми свойствами самой активности, процедурой ее выполнения, необходимыми оборудованием и материалами. Предпочтение отдается естественным условиям, в противоположность к условиям клиническим, которые устраняют влияние окружения. Затем, Rogers и Holm (1991a) адаптировали экологическую модель старения, описанную Lawton (1982), для более полного выражения взаимодействия ЧЗО. Lawton описывает поведение [behavior] (B), как функцию (f) возможностей человека [person capacities] (P) и требование окружения [environmental demands] (E) – или $B=f(P, E)$ – и замечает, что при снижении возможностей человека влияние окружения (давление окружения) на поведение возрастает. В дополнение, выполнение активности зависит от соответствия между возможностями человека и требованиями, которые окружение предъявляет к этим возможностям.

Rogers и Holm (1991a) пересмотрели формулу, данную Lawton, чтобы подчеркнуть роль факторов не связанного с человеком окружения в выполнении задачи. Они включили в нее вспомогательные приспособления [assistive technology devices] (ATD), объекты окружения [objects in the environment] (OE), и/или структурированное окружение [structured environment] (SE) и представили уравнение, демонстрирующее отношения между возможностями человека и требованиями окружения. Формулы приобрели следующий вид:

$B = f[(P + ATD) \times OE \times SE]$ (где примером вспомогательного приспособления (ATD) для человека может являться слуховой аппарат) (27-1)

$B = f[P \times (OE + ATD) \times SE]$ (где примером вспомогательного приспособления (ATD) для объекта задачи может служить ложка с трансформированным черенком) (27-2)

$B = f[P \times OE \times (SE + ATD)]$ (где примером вспомогательного приспособления (ATD) для структурированного окружения может быть пандус) (27-3)

После включения вспомогательных приспособлений в уравнение, выполнение задачи становится функцией, которая может возрастать вследствие того, что использование вспомогательных приспособлений (АТД) снижает требования окружения. Другая экологическая модель, названная Модель Человек-Окружение-Выполнение деятельности [Person-Environment-Performance], была представлена Christiansen (1991) и Baum. В этой модели рассматриваются человеческие факторы (такие как мотивация, опыт, верования, способности и навыки), которые делают возможным выполнение деятельности. Выполнение деятельности касается активностей, задач и ролей, а окружение составляют физический, социальный и культуральный компоненты. Уникальность этой модели заключается в том, что возможности человека рассматриваются с точки зрения вовлечения его в активность и выполнения конкретных задач.

В модели систем человека, влияющих на деятельность [Model of Human Subsystem That Influence Occupation], разработанной в Университете Южной Калифорнии (USC), поведение в деятельности возникает из шести внутренних систем – физической, биологической, системе переработки информации, социокультурной, символической и трансцендентальной (Clark et al., 1991). Эти системы взаимодействуют с внешним окружением, которое включает социо-культурный контекст и историю человека.

Теория адаптации деятельности рассматривает человека, окружение, в котором происходит деятельность, и их взаимодействие в процессе деятельности (Schkade & Schultz, 1992; Schultz & Schkade, 1992). Данное теоретическое направление фокусируется на опыте самовосприятия во время деятельности, проводимой клиентом в привычном окружении, и использовании значимых видов деятельности скорее с целью влияния на внутренний процесс адаптации клиента, чем на измерение уровня выполнения деятельности (Dolecheck & Schkade, 1999; Gibson & Schkade, 1997). Желаемый результат в рамках теории адаптации – это эффективный, организованный, соответствующий ответ на требования, выдвигаемые окружением.

Экологическая модель деятельности человека [Ecology of Human Performance] (ЕНР), разработанная факультетом эрготерапии Университета Канзаса, подчеркивает разницу между собственно задачей и выполнением этой задачи конкретным человеком, таким образом, добавляя еще одно измерение в модель, компонентами которой являются возможности человека и требования окружения (Dunn, Brown & McGuigan, 1994). ЕНР дает определение человеку, задаче, выполнению задачи и контексту, используя третье издание «Унифицированной терминологии для эрготерапевтов» [Uniform Terminology for Occupational Therapy – Third Edition] (Uniform Terminology; AOTA, 1994), и описывает возможное взаимодействие между этими четырьмя составляющими. Помимо этого, здесь описываются пять взаимодополняющих подходов вмешательства (направленный на создание или восстановление, изменяющий, адаптационный, предотвращающий и творческий), которые влияют на четыре компонента ЕНР.

По мере дальнейшего развития модели деятельности человека, Kielhofner (1995) давая определение окружению, описал его влияние на поведение человека, как способствующее и подавляющее. Сначала окружение предоставляет человеку возможность для выполнения какой-либо деятельности, но в дальнейшем оно вынуждает человека вести себя определенным образом. Физическое окружение состоит из природного компонента и окружения и объектов, созданных человеком. Социальное окружение включает в себя социальные группы и формы деятельности, каждая из которых представляет собой последовательность действий, выполняемых по определенным правилам. Физическое и социальное окружение, взаимодействуя, создают поведенческие стереотипы, характерные для данной деятельности, а также смысловой контекст для ее выполнения.

Подобно теории ЕНР, модель человек-окружение-деятельность [Person-Environment-Occupation model] также разделяет понятия деятельность и выполнение деятельности и описывает как сказывается на выполнении деятельности любые изменения, касающиеся

человека, окружения и непосредственно деятельности (Law et al., 1996; Strong et al., 1999). Модель разработана для того, чтобы помочь практикующим эрготерапевтам рассматривать временные аспекты рутины деятельности, не только в плане ежедневной, недельной или месячной перспективы, но и с точки зрения жизненного цикла и развития.

Наконец анализ задач, который лежит в основе эрготерапевтической практики, заслуживает внимания в свете экологической концепции. По сути, анализ задачи определяет взаимодействие между человеком и его окружением как действие (например, дотягивание), направленное на объект (шкаф). Анализ задач был широко использован как теоретический подход в процессе моделирования человеческих факторов (Milittle, 1998; Milittle & Hutton, 1998; Pelland & McKinley, 2001; Schaafstal, Schraagen, & van Berlo, 2000; Yu, Hwang, & Huang, 1999). Подход моделирования человеческих факторов в моделях, рассматривающих отношения «возможности – требования», использует анализ для разделения каждой задачи на конкретные последовательные шаги, а затем определяет факторы, физиологические (например, движения, положение тела, захваты), функции восприятия (например, чувствительность, зрение), когнитивные функции (например, поиск объектов, сканирование пространства), необходимые для успешного завершения задачи (Faletti, 1984). Затем практикующий эрготерапевт сравнивает требования к выполнению каждого шага задачи, в том числе, требования окружения к возможностям человека. В ситуациях, которых требования со стороны окружения превышают возможности человека, формируется область потенциальных целей для вмешательства (Clark, Czaja & Weber, 1990; Czaja, Weber, & Nair, 1993).

Этот краткий обзор экологических моделей демонстрирует, что взаимодействие ЧЗО было многократно представлено в литературе в различных перспективах и с акцентом на отдельные компоненты. Очевидно, что клиенты используют свои возможности для выполнения задачи в определенном месте и временном интервале, используя доступные объекты. **Результат** выполнения человеком данной деятельности, с точки зрения таких параметров, как независимость, безопасность и адекватность, зависит от взаимодействия между возможностями человека, требованиями со стороны задачи, и требованиями со стороны физического, социального, культурного и временного контекстов, в которых задача выполняется. Попытки специалистов понять, что собой представляет деятельность клиента, приводят к выделению наиболее значимых внутренних факторов, и в то же время, попытки понять, как отвечает человек с ограниченными возможностями на требования повседневной жизни, приводят к выделению внешних факторов, критичных для социального участия клиента.

Как следует из данного раздела, выполнение любой деятельности требует взаимодействия или взаимного приспособления трех факторов – возможностей человека, требований со стороны окружения на уровне выполняемой задачи, и требований со стороны окружения на физическом и социальном уровнях. После определения и рассмотрения каждого из этих факторов по отдельности, мы рассмотрим их вместе в свете обсуждения взаимодействия и/или несоответствующего выполнения деятельности.

Возможности человека (клиента)

Возможности человека включают внутреннюю способность к действию и специфические навыки в выполнении определенных задач. Умственные способности, особенности восприятия, нейромышечные и другие структуры и функции тела определяют, поддерживают и делают возможным выполнение множества задач (AOTA, in press). В качестве примера таких возможностей может служить внимание, проприоцепция и движения в суставах. Функциональные возможности складываются в уникальные комбинации, формируя специфичные для выполнения каждой задачи навыки и привычки. Специфичные для задачи навыки и привычки влияют на выполнение этих задач и участие в таких видах

деятельности повседневной жизни, как, например, одевание, приготовление пищи, оформление веб-сайта и игра в баскетбол в инвалидной коляске. Специфичные для задачи навыки формируются путем тренировки и практики, то есть через обучение и повторение алгоритмов взаимодействия ЧЗО в стандартных и повседневных ситуациях (Giles, Ridley, Dill, & Frye, 1997; Ma & Trombly, 1999; Mathiowetz & Wade, 1995; WHO, 2001).

Требования со стороны окружения

Требования со стороны окружения извне влияют на возможности человека. Эти требования могут быть разделены на два уровня: уровень задачи и уровень непосредственно окружения, физического, социального, культурального, духовного и виртуального (AOTA, in press).

Требования со стороны задачи

Возможности клиента сталкиваются с условиями задач, которые принято обозначать, как требования со стороны задачи (Jonson, 2000; Seki, Ishiai, Koyama, & Sato, 1999; Steptoe, Stopley, & Joeke, 2000). Требования со стороны задачи определяются путем **анализа задачи**, который представляет собой аналитический процесс, разбивающий задачу на конкретные и последовательные шаги (Creighton, 1992; Cynkin, 1979). Анализ задачи идентифицирует действия, которые совершает клиент по отношению к объектам. Например, чтобы приготовить чашку чая, клиент должен выполнить следующие действия:

Действие	Объект
Найти	Чайный пакетик и посуду для питья
Поместить	Чайный пакетик в посуду для питья
Найти	Емкость для воды
Найти и вскипятить	Воду
Налить	Воду в емкость с чайным пакетом
Удалить	Чайный пакетик

На то, какие действия совершаются во время выполнения задачи, очень сильно влияют используемые объекты, такие как материалы, инструменты и оборудование. Объекты, используемые в задаче, имеют внутренние свойства, которые могут влиять на требования со стороны задачи, в том числе увеличивать эти требования. Например, блинное тесто требует меньше усилий для замешивания, чем крутое тесто для выпечки, пластиковый пакет для мусора, помещенный на сиденье автомобиля, обладает значительно меньшим сопротивлением, чем ткань чехла сиденья, что важно, при перемещении в машину и из нее, а вязаная кофта, которая одевается через голову, хорошо тянется, в отличие от хлопчатобумажной рубашки, которая не растягивается вовсе.

При подсчете требований со стороны задачи, анализируются внутренние свойства объектов. Например, один из методов, которые могут быть использованы на практике, чтобы провести анализ свойств объектов задачи, основан на определении эффекта, оказываемого этими объектами на органы чувств. При прикосновении, поднятии, переноске, притягивании или отталкивании, объекты задачи могут быть скользкими, липкими, влажными, сухими, жирными, хрупкими, твердыми, мягкими, теплыми, холодными, острыми, шероховатыми, гладкими, тяжелыми и легкими. При визуальном рассмотрении, они могут быть большими, маленькими, красочными, яркими, тусклыми, далекими или близкими, иметь отчетливо различимые формы и силуэты. При восприятии на слух, они могут издавать громкие, мягкие, раздражающие или успокаивающие, а также неслышимые звуки. Объекты задачи могут иметь сладкий, кислый, соленый или горький вкус, или источать запахи, приятные, тошнотворные

или незаметные. В некоторых ситуациях, внутренние свойства объектов могут быть не безразличны для здоровья, при использовании материалов, содержащих определенные химикаты, растворители, тяжелые металлы и радиоактивные вещества (Brigham, Engelberg, & Richling, 1996). Материалы, используемые в задаче (такие как, хлеб, одежда, бутылка с шампунем), инструменты (такие как, вилка, дрель, ложка для мороженого) или оборудование (такое как, компьютер, плита, верстак) значительно варьируют в том, что касается функции, дизайна, размера и формы (Cynkin, 1979; Demore-Taber, 1995; Hagedorn, 1995a; Levine & Brayley, 1991; Rogers & Holm, 1991a).

Свойства используемых объектов могут служить для увеличения или уменьшения требований задачи. К примеру, если специалист анализирует необходимые действия, и описанные выше свойства объектов, то требования к задаче применительно к приготовлению чашки чая будут варьировать очень широко. Можно вскипятить воду для чая в чайнике или кастрюле на плите, можно использовать микроволновую печь или электрический чайник, или, поместив кипятильник в чашку. Могут быть использованы натуральные чайные листья, упакованные в чайный пакетик, или может быть использован растворимый гранулированный чай. Чай может быть налит в керамическую кружку, пластиковую кружку, фарфоровую чашку или в крышку от термоса. Таким образом, шаги, из которых состоит задача, используемые объекты, их специфика, внутренние свойства и дизайн, оказывают сильное влияние на формирование требований со стороны задачи и результат выполнения.

Требования со стороны физического и социального окружения

В дополнение к тем требованиям, которые ставит перед человеком непосредственно выполняемая задача с использованием доступных объектов, на процесс ее выполнения будет влиять физическое и социальное окружение (Christiansen, 1991; Dunn et al., 1994; Iwarsson, Isacson, & Lanke, 1998; Law et al., 1996; Letts, Law, Rigby, Cooper, Stewart, & Strong, 1994; Rogers, 1982). Свойства физического окружения включают в себя пространство, организацию объектов, контрольные панели оборудования, высоту поверхностей, освещение, температуру, шум, влажность, вибрацию и вентиляцию (Demore-Taber, 1995; Hagedorn, 1995a; Jacobs, 1999; Raschko, 1991). Каждый из этих факторов рассматривается отдельно в литературе, касающейся архитектуры (Raschko, 1991; Stamps, 2000), антропометрии (Baker, 1999; Diffrient, Tilley, & Bardagjy, 1974; Pheasant, 1998), эргономики (Jacobs, 1999; Kroemer, & Grandjean, 1997; Rice, 1998), профессиональных болезней и техники безопасности (Brigham et al., 1996; Carson, 1994; Kroemer, & Grandjean, 1997; Moore & Garg, 1995). Не только эти статические аспекты физического окружения могут быть приняты к рассмотрению, но и такие динамические факторы, как механизмы с движущимися частями, перепады температур, меняющийся уровень шума, и вентиляции. Более того, некоторые виды окружения, включая новые офисные здания и жилые дома, могут быть нездоровыми, вследствие того, как они влияют на деятельность людей, там живущих и работающих (Arcury, Quandt, Cravey, Elmore & Russell, 2001; Kopias, 2001; Rosenberg, Barbeau, Moure-Eraso, & Levenstein, 2001). Эти здания могут представлять собой болезнетворное окружение из-за плохо работающих вентиляционных систем, использовании асбеста при строительстве, радиации, плохого отопления или старой канализационной системы, где в воде много свинца (Brigham et al., 1996).

Требования со стороны физического окружения могут усложнять условия данной задачи. Если туалет находится на втором этаже двухэтажного здания, а клиент не может подняться по лестнице, то клиент будет не способен попасть в туалет, чтобы им воспользоваться. Придется приобретать или брать напрокат переносной туалет и устанавливать его в спальне или в кладовке на первом этаже, чтобы уменьшить уровень требований по отношению к физическим возможностям. Более того, если в спальне недостаточно места, или нет освещения в кладовке, безопасность при использовании

переносного туалета может быть спорной, и потребуются дополнительная адаптация, чтобы уменьшить негативные требования со стороны окружения.

Часто требования со стороны окружения сводятся только к проблемам физического окружения. Однако, социальное окружение также влияет на роли человека и выполнение задач (Woodward, Hales, Litidamu, Phillips, & Martin, 2000). Социальное окружение включает в себя не только тех людей, которые окружают клиента дома, в школе или на рабочем месте. Знания, навыки, привычки, ожидания, ценности, отношение и мотивация этих людей создают социальный климат, который может способствовать выполнению задачи или служить помехой этому (MacDonald, Karasek, Punnett, & Scharf, 2001; Seki et al., 1999; Walker, Goodwin, & Warren, 1995). Культуральные верования, нормы, обычаи и практический опыт также оказывают влияние на социальное окружение (Hagedorn, 1995a). Временной аспект, то, насколько прерывисто или плавно выполняется деятельность также определяет требования окружения. Более того, люди сами организуют свое физическое, социальное и временное окружение. Они выбирают и размещают объекты, используемые в задаче, организуют и поддерживают социальные группы, составляют расписание на день и определяют размеренность выполнения задач (MacDonald et al., 2001). Поступая так, они получают определенное количество стимулов (таких как, слишком много, в самый раз, недостаточно), возникающих по мере выполнения задачи (Christiansen, 1991; Gerdner, Hall, & Buckwalter, 1996; Keuter, Bryne, Voell, & Larson, 2000). В разное время каждый человек играет большое количество жизненных ролей (таких как, работник, родитель, супруг, бабушка, сотрудник, волонтер, клиент, социальный деятель), каждая из которых имеет свои уникальные требования к задачам, выполняемым в физическом и социальном окружении по отдельности или вместе.

Взаимодействие

Клиенты не являются пассивными реципиентами воздействия окружения. Скорее, они действуют на него, также как и подвергаются воздействию со стороны задачи и со стороны физического и социального окружения. Это создает взаимодействие по типу переноса на основе взаимозависимости между возможностями человека, требованиями задачи и требованиями окружения (Dunn et al., 1994; Law et al., 1996; Lawton, 1982; Rogers, 1982). Например, клиент, кто не может подняться по лестнице, ведущей в ванную комнату, может установить душевую кабину на первом этаже, установить лифт на второй этаж, или мыться в раковине на кухне. Принятие каждого из этих решений меняет объекты задачи и окружение, в котором она будет выполняться, и в свою очередь, изменения окружения повлияют на взаимодействие ЧЗО.

Когда требования превышают возможности: несоответствие выполнения

В случае, когда возможности клиента достаточны для выполнения требований задачи и окружения, уровни выполнения задачи, ожидаемый, требуемый или желаемый, сопоставимы. Однако, если требования превышают возможности, выполнение задачи страдает, наблюдается так называемое **несоответствие выполнения**, то есть несоответствие между реальным выполнением задачи и ожидаемым, требуемым или желаемым (Lawton, 1982; Mager & Pipe, 1984; Mangino, 2000). Несоответствие выполнения может быть уменьшено, устранено или предотвращено путем приобретения или восстановления возможностей, путем уменьшения уровня требований со стороны задачи или окружения, или путем комбинирования обоих этих методов (Holm, Santangelo, Fromuth, Brown, & Walter, 2000; Law et al., 1996; Mathiowetz & Matushka, 1998; Rogers et al., 1999; Rogers et al., 2000; van Heugten et al., 1998). В связи с уменьшением возможностей, вследствие повреждения, травмы, задержки развития, возрастных изменений, психологической дезадаптации или депривации со

стороны окружения, клиенты становятся более уязвимыми для влияния окружения. У них снижено количество внутренних ресурсов и недостаточно энергии, чтобы противостоять воздействию со стороны окружения, а также использовать адаптационные стратегии, чтобы это воздействие уменьшить (Lawton, 1982). Формируя окружение, обладающее терапевтическим действием, чтобы способствовать поддержанию ограниченных возможностей, эрготерапевт может улучшить выполнение задачи (Close et al., 1999; Cummings et al., 1999; Mee & Sumsion, 2001; Rogers et al., 1999, 2000).

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЧЗО И МОДЕЛИ ФУНКЦИИ И ДИСФУНКЦИИ

Взаимодействие ЧЗО заключается в действии, оказываемом человеком с его возможностями, и противодействии, оказываемом объектами задачи, а также задействованным физическим и социальным окружением. Мы уже увидели, что оно собой представляет, но прежде чем перейти к исследованию природы несоответствия выполнения, рассмотрим взаимодействие ЧЗО в перспективе реабилитации и эрготерапевтической науки. Эта перспектива поможет понять, как эрготерапевтические подходы способствуют компетентному ЧЗО взаимодействию.

Первично клиенты направляются к эрготерапевту в связи с несоответствием между текущим уровнем выполнения активности или социального участия и уровнем, ожидаемым, требуемым или желаемым. Несоответствующее выполнение обычно является результатом болезни или расстройства, что сказывается на повседневной жизни. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (ICF; WHO, 2001) дает определение здоровью, которое состоит из двух частей – часть 1 касается функционирования и ограничений жизнедеятельности, а часть 2 контекстуальных факторов. Первая часть фокусируется на позитивных и негативных аспектах, касающихся структур и функций тела, а также активности и участия. Часть вторая на позитивном и негативном влиянии факторов окружения (то есть, внешнего окружения) и далее на личностных факторах (то есть, личностные характеристики не являются составляющей сиюминутного состояния здоровья, в отличие от воспитания и обучения). Позитивные аспекты здоровья рассматриваются как *функционирование*, а негативные как *ограничение жизнедеятельности*. Существуют сходства и различия между иерархической системой МКФ и ее прикладным применением в эрготерапевтической практике АОТА, *in press*), что иллюстрирует Рисунок 27-2.

Как видно из Рисунка 27-2, иерархическая система функционирования в МКФ строится на понимании здоровья с точки зрения «функциональной и структуральной интеграции» структур и функций тела (WHO, 2001). С точки зрения состояния здоровья, активности (то есть задачи и действия, выполняемые человеком) не имеют ограничений. Если активность выполняется в стандартизированном окружении, в условиях, когда нейтрализовано влияние окружения на задачу, то речь идет о *способности к выполнению активности*. Если активность выполняется в реальном жизненном окружении, то говорится о *выполнении активности*. Для практиков это разница между выполнением активности в клинических условиях и у клиента дома. Когда конкретные активности сочетаются с исполнением социальных ролей в ситуациях реальной жизни, то речь идет об *участии*, применительно к МКФ.

МКФ

Рисунок также демонстрирует иерархическую структуру ограничения жизнедеятельности в рамках МКФ. Две разные модели, медицинская и социальная, описывают противоположным образом ограничения возможностей человека, вследствие заболевания или расстройства. Медицинская модель рассматривает ограничение жизнедеятельности как последствия действия внутренних факторов, в то время как социальная модель описывает ограничение возможностей, вследствие влияния факторов, внешних для человека. МКФ, используя термины *болезнь* и *расстройство*, охватывает перспективы обеих моделей, формируя биопсихосоциальный подход (WHO, 2001). Когда заболевание или расстройство негативно влияют на человека, может произойти изменение или утрата каких-либо функций, структурное повреждение организма, что ведет к определенным нарушениям. В свою очередь, нарушения влияют негативно на способность к выполнению активностей, так называемые ограничения активности. Тогда, когда существует ограничение одной или более активностей, может возникнуть препятствие к участию в ситуациях повседневной жизни, или ограничение участия. Ни функционирование, ни ограничение жизнедеятельности не происходят в вакууме. Как показано на Рисунке 27-2, и на то и на другое влияют контекстуальные факторы.

МКФ разграничивает контекст на факторы окружения (такие как, физический, социальный, отношение общества), и личностные факторы (то есть, особенности конкретного человека, которые могут влиять на функционирование или ограничение возможностей). Поэтому, функционирование и ограничение возможностей всегда рассматриваются в контексте, который взаимодействует с компонентами каждой из этих иерархических систем.

Практическая модель эрготерапии

Практическая модель эрготерапии [the occupational therapy practice framework] (ОТРФ) также применяется в контексте (АОТА, in press) (Рис. 27-1). Контекстуальные факторы, такие как физическое, социальное и культуральное окружение влияют на клиента на всех уровнях существования. ОТРФ не рассматривает болезнь и расстройство, поэтому мы сопоставим этой модели биопсихосоциальный подход МКФ, начиная с нижнего уровня иерархической схемы ОТРФ. В модели ОТРФ благополучие, болезнь или расстройство, могут позитивно или негативно влиять на возможности клиента (умственные, восприятие, нервно-мышечные функции). В период благополучия возможности человека способствуют развитию навыков выполнения, необходимых для осуществления повседневной деятельности, и по мере возникновения рутины в применении этих навыков, формируются привычки выполнения деятельности.

Когда люди играют социальные роли, которые они хотят играть, или исполнения которых от них ожидает или требует общество, они используют вместе навыки и привычки для выполнения различных видов активности повседневной жизни, инструментальных активностей, профессиональных и учебных задач, игровых и досуговых активностей, будучи вовлеченными в широкий репертуар жизненных ситуаций, называемых социальным участием. В процессе эрготерапии специалисты обычно оценивают возможности клиента, неповрежденные вследствие болезни или расстройства, а также неповрежденные навыки и привычки, так как они определяют ресурсы клиента, и могут быть использованы для замещения или компенсации тех возможностей, которые были нарушены. Когда заболевание или расстройство оказывает негативное влияние на возможности клиента, навыки и привычки, использовавшиеся для выполнения повседневной деятельности (активности повседневной жизни, инструментальные активности) могут также подвергаться негативному

влиянию. В свою очередь роли, обеспечивающие социальное участие могут выполняться неадекватно или не выполняться вовсе.

В отличие от МКФ, модель ОТРФ не только распознает влияние контекстуального окружения, но признает также, что каждая активность предъявляет определенные требования (объекты, пространство, последовательность шагов и т.д.), как ранее обсуждалось в этой главе. В обеих моделях взаимодействие ЧЗО становится особенно существенным на третьем иерархическом уровне (то есть, уровень активности и ограничения активности, деятельности) и сохраняет значимость на четвертом уровне иерархии (то есть, участие и ограничение участия, социальное участие). Поэтому, факторы, сущностные для взаимодействия ЧЗО, хотя и внешние по отношению к клиенту, могут приниматься к рассмотрению при планировании вмешательства для предотвращения ограничений жизнедеятельности (на уровне ограничений активности и участия).

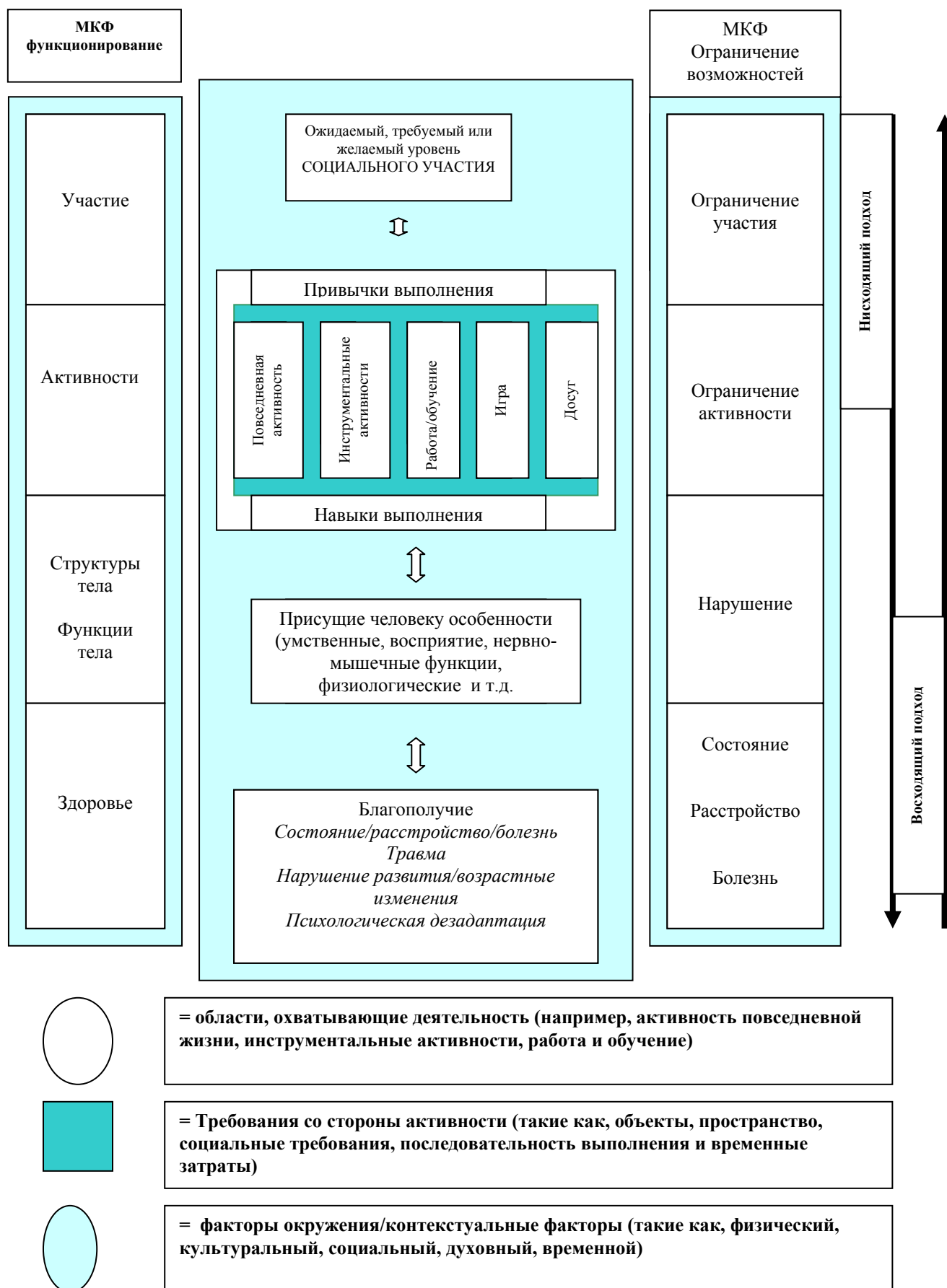


РИСУНОК 27-2. Практическое приложение концептуальных понятий МКФ в эрготерапии

ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ АКТИВНОСТИ

Иерархия деятельности представляет полезную перспективу для подразделения двух главных подходов, применяемых для эрготерапевтической оценки и вмешательства. Trombly (1993, 1995) определяет эти подходы как нисходящий и восходящий.

Восходящий подход при несоответствии выполнения деятельности

Практикующие эрготерапевты, используя *восходящий подход*, фокусируют оценку и вмешательство на возможностях клиента (таких как, структуры и функции тела и связанные с этим повреждения, в рамках МКФ, или факторы клиента и навыки выполнения в терминологии ОТРФ). При оценке 63-летней миссис Фишер, перенесшей правополушарный инсульт (CVA), специалист может сделать акцент на мышечном тоне, рефлексам, постуральном контроле, зрительно-моторной интеграции и кратковременной памяти. Вмешательство, направленное на восстановление структур тела и функций, утраченных вследствие инсульта, носит корректирующий характер.

Рациональность использования восходящего подхода в том, что структуры и функции делают возможным выполнение задач, касающихся всех сфер деятельности. Восстановление этих возможностей до нормального состояния ведет к тому, что нефункциональное выполнение задач автоматически становится функциональным, поскольку восстанавливаются навыки и привычки, необходимые для выполнения. После того, как восстановлены природные возможности, может быть разработано дополнительное вмешательство, направленное на выполнение активности, с целью интегрировать эти восстановленные возможности в выполнение задач повседневной жизни, инструментальных активностей, рабочих задач, игровых и досуговых активностей. Это вмешательство не должно быть глобальным, так как «лечение» повреждений восстанавливает возможности клиента, и реактивация выполнения задач происходит быстро, и используются хорошо знакомые и часто практикуемые повседневные навыки. Восходящий подход эффективен при несоответствующем выполнении, поскольку восстановление возможностей клиента, необходимых для выполнения задачи, возвращает его на преморбидный уровень (до заболевания, до возникновения расстройства), и активность и участие приходят к своему изначальному состоянию.

Восходящий подход позволяет эрготерапевтам сосредоточить оценку и вмешательство на конкретных возможностях клиента без предварительного рассмотрения требований со стороны активностей, а также физического и социального окружения. Во время оценки мышечного тонуса, рефлексов и постурального контроля миссис Фишер может находиться на кушетке, а зрительно-моторная интеграция и тесты для проверки кратковременной памяти можно провести, когда она сидит в кресле-коляске. Нейроразвивающий подход вмешательства, направленный на нормализацию мышечного тонуса, погашения патологических рефлексов и улучшения постурального контроля, также может применяться, в то время, когда миссис Фишер располагается на кушетке. Вмешательство, направленное на решение проблем с непостоянством восприятия формы объектов, оценкой расстояния до предметов, выделением фигур из фона, и кратковременной памятью, может сводиться к упражнениям с карандашом и бумагой, выполняемых на лежащей перед ней доске. Большей частью взаимодействие с окружением будет сводиться к объектам, используемым для тестирования и вмешательства и инструкциям.

Требования со стороны ситуаций повседневной жизни также включаются в план вмешательства, тогда когда утраченные возможности восстановлены или их восстановление замедлилось. Например, миссис Фишер не обрела полный контроль над движениями своей

левой ноги и не может передвигаться естественным образом. В этом случае эрготерапевт будет тренировать с миссис Фишер перемещение с кровати в туалет, чтобы помочь ей интегрировать техники постурального контроля и процесс нормализации измененного тонуса и рефлексов в эти процедуры.

Нисходящий подход при несоответствии выполнения деятельности

Второй большой подход, применяемый в эрготерапевтической оценке и вмешательстве – *нисходящий подход* – предполагает, что сначала несоответствующее выполнение деятельности рассматривается на самом высоком уровне, то есть, согласно МКФ, на уровне социального участия/ограничения участия. Затем к рассмотрению принимаются задачи, необходимые для поддержания значимых социальных ролей, в терминологии МКФ это уровень активности/ограничения активности, или согласно Практической модели эрготерапии [ОТРФ], уровень деятельности, и соответствующих навыков и форм деятельности. Наконец, внимание фокусируется на самих возможностях, которые необходимы для выполнения активностей и социальных ролей, то есть структуры и функции/повреждения в рамках МКФ, или внутренние факторы клиента. Обоснование нисходящего подхода сводится к тому, что даже, если нарушения не всегда могут быть исцелены, активность и социальное участие могут быть улучшены, путем адаптации выполнения задач и действий, ассоциированных с данными активностями и социальными ролями. В основе подхода лежат следующие логические рассуждения:

- Оценка и вмешательство начинаются с задач, имеющих ценность для клиента (то есть задач, необходимых для выполнения значимых для клиента активностей и социальных ролей).
- Внешние факторы, являющиеся причиной несоответствующего выполнения задачи, могут быть выявлены в процессе ее выполнения.
- Предположения относительно внешних причин несоответствующего выполнения задачи могут быть подтверждены или опровергнуты путем изменения требований со стороны активности или окружения во время выполнения задачи, ведущим к уменьшению или возрастанию несоответствия.
- Уровень возможностей и повреждений может оцениваться одновременно во время выполнения реальных задач повседневной жизни или социальных ролей.
- Более детальная оценка нарушений может происходить в контексте выполнения задачи для того, чтобы сформулировать соответствующие стратегии вмешательства, направленные на восстановление или развитие возможностей или на предотвращение их утраты.

Работу с миссис Фишер, перенесшей инсульт в правом каротидном бассейне, эрготерапевт начал с оценки социальных ролей, которые, скорее всего, были ограничены вследствие инсульта. Миссис Фишер ценит выше всего свои роли жены и домохозяйки. Она получает удовольствие от приготовления еды для своего мужа и сладостей для внуков, которые навещают ее каждый вторник. Она также беспокоится об уходе за собой. В дополнении к таким проблемам, как ходьба, прием пищи, ванны, пользование туалетом, одевание и личная гигиена, миссис Фишер выражает обеспокоенность тем, как она будет принимать лекарства и использовать средства экстренной коммуникации, если мужа нет дома.

После того, как основные активности, необходимые для выполнения социальных ролей, были названы, начинается оценка выполнения, целью которой является определение возможностей выполнения наряду с ограничениями. Углубленная оценка нужна для

выявления слабых звеньев в последовательности действий и требований со стороны активности, а также для развития клинической гипотезы о повреждении, являющемся причиной нарушений последовательности. Стратегии вмешательства, направленные на уменьшение требований со стороны активности и окружения, могут включать компенсаторные методы выполнения активности, использование адаптивного оборудования и модификации внешнего физического и социального окружения. Эти компенсаторные стратегии могут довольно быстро решить проблему несоответствующего выполнения деятельности временно или окончательно. Если речь идет о временном решении, то это обычно означает проведение адаптации, необходимой для выполнения активности, в то время как вмешательство, направленное на коррекцию нарушения и восстановление возможностей клиента, будет применено позже.

Нисходящий подход при несоответствующем выполнении деятельности позволяет практикующему эрготерапевту изначально фокусировать внимание на социальных ролях и сферах ответственности, определяющих социальное участие клиента дома и в обществе. Сведения о требованиях со стороны активности, физического и социального окружения неотъемлемы от процесса эрготерапии с самого начала.

Например, обеспокоенность миссис Фишер в настоящее время сосредоточена на выполнении таких ролей, как человек, независимый в самообслуживании, жена, бабушка и домохозяйка. Она тревожится о том, как она будет выполнять эти роли после перенесенного инсульта. В идеале, оценка основных для роли домохозяйки задач (таких как приготовление пищи, ведение домашнего хозяйства, уход за одеждой), также как и оценка самообслуживания (прием ванны, посещение туалета, одевание), должна проводиться в доме миссис Фишер, чтобы информация, полученная о взаимодействии ЧЗО была достоверной и валидной. Но в условиях, далеких от идеала, эти задачи оцениваются в эрготерапевтической клинике. Достоверность и валидность информации могут быть выше в клинических условиях при максимальной симуляции требований и активности и окружения, с которыми миссис Фишер столкнется дома после выписки.

Например, поскольку ванная комната в доме миссис Фишер слишком узкая, чтобы миссис Фишер смогла развернуться в ней, находясь в кресле-коляске, эрготерапевт тренировал миссис Фишер заезжать в ванную клиники задним ходом, симулируя ситуацию, в которой она будет выполнять данный маневр дома. Это позволяет миссис Фишер тренировать перемещение на сиденье ванны, а также на унитаз, повернувшись к ним сильной, неповрежденной правой стороной. Затем она была обучена разворачивать коляску в противоположном направлении, прежде чем выбираться из ванны. Разворот коляски позволяет ей снова перемещаться в направлении более сильной, неповрежденной стороны. Пространство, которое необходимо для разворота кресла становится меньше, чем, когда в нем сидит миссис Фишер, так как не мешают ноги. В дополнение к компенсаторному подходу, в процессе упражнений на перемещение могут быть использованы техники нейроразвивающего подхода (направленного на восстановление), с целью улучшить постуральный контроль за счет уменьшения мышечного тонуса и подавления патологических рефлекторных паттернов.

Преимущества и недостатки двух подходов при несоответствующем взаимодействии ЧЗО

Восходящий подход

Преимущество восходящего подхода при несоответствующем ЧЗО взаимодействии заключается в том, что вмешательство, нацеленное на развитие или восстановлении возможностей, может быть результативным во многих случаях. Например, возрастание мышечной силы или объема движений в верхних конечностях будет способствовать выполнению всех задач, где эти возможности задействованы. Подобным же образом, уменьшение выраженности апатии будет способствовать вовлечению в деятельность, от которой ранее клиент отказывался. Также уменьшение выраженности нарушения зрительного восприятия улучшит выполнение всех задач, пострадавших вследствие этого повреждения. То есть, при улучшении нейромышечных, умственных или психологических функций, может происходить спонтанное восстановление выполнения многих задач, связанных с нарушением.

Поскольку восходящий подход касается факторов выполнения активности, которые являются внутренними для клиента, в сравнении с этим, внимание к внешним факторам окружения очень ограничено. Это делает данный подход гораздо экономичнее в использовании, поскольку специалистам не нужно оценивать и проводить вмешательство, направленное на требования со стороны активности, физическое и социальное окружение, или на то, как они влияют на возможности клиента.

Однако, принципиальным недостатком восходящего подхода является то, что улучшение возможностей клиента не всегда приводит к улучшению в активности (активности повседневной жизни и инструментальных активностях) или выполнении отдельных специфических задач (одевании, приеме медикаментов и т.д.) или выполнении отдельных действий (например, застегивании пуговиц, сортировке медикаментов). Этого не происходит в силу нескольких причин. Во-первых, вмешательство, ориентированное на улучшение возможностей, концентрируется на структурах и функциях организма, которые участвуют в выполнении многих активностей и задач. Однако, выполнение задач требует включения этих функций в выполнение специфических индивидуальных задач. Можно достичь улучшения зрительного восприятия, касающегося выделения фигур из фона, что видно из тестов, проводимых с помощью бумаги и карандаша, но, если будут использоваться только черно-белые образцы, то это никак не поможет клиенту идентифицировать такие вещи, как капли воды на разноцветном линолеуме. Во-вторых, когда упражнения с целью улучшить какие-либо способности проводятся изолированно от повседневных задач, то эти способности не интегрируются с остальными функциями, участвующими в выполнении этих задач (Ma & Trombly, 1999; Trombly & Wu, 1999). Другими словами, вмешательство, направленное на улучшение конкретных возможностей, не затрагивает способностей к выполнению тех или иных задач, и не способствует адекватному взаимодействию ЧЗО, для которого эти конкретные возможности необходимы. Восприятие разлитой на полу воды должно дополняться способностью принимать решения для дальнейшего двигательного планирования чтобы не наступить на воду, а также достаточной мышечной силой и выносливостью, чтобы обойти лужу. Наконец, может не произойти перехода на более высокий уровень потому, что хотя возможности улучшились, они не улучшились настолько, чтобы соответствовать требованиям со стороны задачи. Увеличение объема движений в плечевом суставе до 10° все еще недостаточно для причесывания, поскольку еще 25° необходимо для того, чтобы причесать волосы на затылке.

Восходящий подход может также быть направлен на выявление и восстановление тех нарушений, которые никак не сказываются на выполнении жизненных задач. Количество баллов при тестировании зрительного восприятия, касающегося выделения фигур из фона,

может не соотноситься с нарушениями выполнения привычных активностей повседневной жизни. Без оценки взаимодействия ЧЗО в процессе выполнения задач, влияние нарушений на уровень выполнения задач остается очень неотчетливым.

Как правило, восходящий подход используется в начале работы с клиентом с намерением перейти к нисходящему подходу, если полного восстановления не произойдет или достигнут максимум в результате восстановительного лечения. Опасность подобной тактики в том, что может быть затрачено слишком много времени на восстановление нарушений как таковых. Начиная вмешательство, трудно предсказать, будет ли восстановление полным, и практикующие специалисты стараются применять восстановительные стратегии возможно более долго. К несчастью, если полного восстановления так и не удастся достигнуть, то может случиться так. Что для работы с нарушениями активности или участия остается слишком мало времени. Клиенты могут быть лишены возможности независимо, безопасно и адекватно выполнять активность, чего они могли бы достичь, или ускорить достижение, путем использования компенсаторных стратегий вмешательства. Риск, что клиент будет выписан из клиники, не достигнув максимального улучшения в выполнении повседневных задач, увеличивается в связи организацией здравоохранения и ограниченным временем, выделяемым для реабилитации (Angeletti, Wilber & Myrtle, 2000; Banja & DeJong, 2000).

Другим недостатком восходящего подхода является то, что клиенты могут не видеть связи между вмешательством, направленным на конкретные нарушения (например, упражнения для улучшения моторного контроля, компьютерные программы для визуального сканирования) и улучшением их активности повседневной жизни и социального участия. Отсюда, они могут иметь меньшую мотивацию для участия в эрготерапевтических занятиях. Однако, путем обучения клиентов и их родственников тому, что существует взаимосвязь между уменьшением нарушений и улучшением активности, этот недостаток может быть преодолен.

Нисходящий подход

Прямое преимущество нисходящего подхода в том, что оценка и вмешательство сосредоточены на роли социального участия и выполнении активностей, то есть на том, что значимо для клиента, уровень выполнения задач которого не соответствует ожидаемому, требуемому или желаемому (Trombly, 1993). Вместе с этим у подхода есть еще два преимущества. Во-первых, поскольку процесс эрготерапии фокусируется на роли социального участия и выполнении активностей, что значимо для клиента, то клиентам очевидно, что эрготерапия ведет к улучшению их повседневной жизни (Trombly, 1993). В связи с этим возрастает мотивация для участия в эрготерапевтических занятиях. Во-вторых, осуществляется прямое влияние на выполнение активностей и социального участия посредством вмешательства. Выполнение реальных жизненных задач является и содержанием и результатом вмешательства (Drette & Hinojosa, 1999; Dolechek & Schkade, 1999; van Heugten et al., 1998).

Нисходящий подход также имеет то преимущество, что он потенцирует и поощряет применение тех стратегий, которые клиенты используют неосознанно в тех случаях, когда возникают проблемы с выполнением тех или иных задач (Fried, Herdmann, Kuhn, Rubin & Turano, 1991; Yakobina, Yakobina, & Tallnt, 1997). В ситуации, когда возникают затруднения в выполнении задачи, людям свойственно искать помощи у других, использовать какие-то подручные инструменты, чтобы справиться с задачей самостоятельно, или искать альтернативные способы выполнения задачи. Эти компенсаторные приемы способствуют достижению результата. Таким образом, нисходящий подход способствует использованию таких естественно выработанных стратегий для решения проблем, а в силу того, что люди с этими стратегиями хорошо знакомы, они легче принимают этот подход в целом.

Нисходящий подход также имеет большое преимущество в ситуации, когда фокус вмешательства переключается с социального участия и активности на непосредственно повреждение. Этот подход подчеркивает роль повреждения в контексте социального участия и активности; следовательно, клиенту понятна связь между имеющимися нарушениями и затруднениями при выполнении активностей и социальном участии. В противоположность восходящему подходу, где нарушения функций оцениваются изолированно, их связь с социальным участием и выполнением активностей неочевидна. Нарушения зрительного восприятия, выявленные с помощью карандашного рисунка, могут свидетельствовать, а могут и не свидетельствовать о нарушении выполнения активностей и социальных ролей. Идентификация ролевых нарушений и нарушений, связанных с активностью, в свою очередь, позволяет проводить более целенаправленную оценку нарушений для того, чтобы более тщательно планировать восстановительное лечение.

Недостатком нисходящего подхода является то, что оценка и вмешательство, касательно социального ролевого участия и выполнения активностей специфична и не позволяет переносить полученную информацию на другие задачи, или позволяет в минимальной степени. Более того, для максимально эффективного вмешательства, оно должно проводиться в том контексте, в котором активность имеет место в жизни, дома у клиента, в школе или на работе. Помимо этого данный подход требует от эрготерапевта принимать во внимание всю сложность факторов окружения, которые влияют на выполнение деятельности.

ПОДХОД ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДВАДЦАТЬ ПЕРВОГО ВЕКА

В эрготерапии на протяжении нескольких десятилетий превалировал восходящий подход и восстановительное лечение. Однако, несмотря на недостатки, нисходящий подход и соответствующие ему компенсаторные стратегии вмешательства лучше всего подходит современной системе здравоохранения. Ведущие эрготерапевты, медицинские центры и службы медицинской помощи способствуют продвижению этого подхода.

Среди эрготерапевтов Dunn (1993) в статье под названием «Измерение функции: действия впрок» [“Measurement of Function: Actions for the Future”] было написано следующее:

Нам нужно принять к рассмотрению факт, что контекстуальный подход к оценке, предоставляет возможность идентифицировать, что человек хочет или должен делать. Сущность эрготерапии заключается в том, что оценка должна начинаться на этом уровне, и цели необходимо ставить, исходя из перечня проблем деятельности. Эта стратегия имеет преимущество, так как задействует мотивационную систему человека и предоставляет альтернативный механизм для достижения успешного результата. (стр. 357).

Rogers и Holm подчеркивают главенство приоритета выполнения задач и компенсаторного вмешательства для достижения максимального уровня выполнения (Holm & Rogers, 1989, 1991; Rogers & Holm, 1989; Rogers et al., 1997). Mathiowetz (1993) в дискуссии об оценке нейромышечных функций и планировании вмешательства для их улучшения, замечает, что в некоторых ситуациях клиент имеет ладонный или пальцевой захват в пределах нормы, но не может выполнять необходимые функциональные задачи, а в других клиенты выполняют все необходимые задачи, хотя сила ладонного или пальцевого захвата у них снижена. Далее подчеркивается, что литература по кинезиологии свидетельствует о том, что уровень двигательного контроля специфичен для каждой задачи, перенос на другие задачи невелик, и поэтому для наиболее эффективной тренировки двигательных функций нужно выполнять те задачи, которые важны для клиента. Trombly (1993), пишет: «у нас нет однозначных эрготерапевтических исследований, показывающих, что деятельность человека вследствие восстановительной терапии становится более эффективной, чем при адаптивном вмешательстве» (стр. 255), а Wood (1996) делает заключение о ограниченной возможности использования восходящего подхода при несоответствующем взаимодействии ЧЗО (Humphrey, Jewell & Rosenberg, 1995; Neistadt, 1994a, 1994b; Trombly, 1995), замечая следующее: «становится все более очевидно, что улучшение отдельных компонентов выполнения деятельности вовсе не обязательно приводит к увеличению компетенции при функционировании в повседневной жизни» (стр. 631).

Более сильные аргументы в пользу нисходящего подхода приводятся страховыми компаниями, поскольку они видят результат терапии с точки зрения финансовой компенсации. Например организация Blue Cross в Калифорнии определяет значимый результат терапии как «такой результат, при котором уровень активности, достигнутый пациентом, ...это уровень необходимый для наиболее эффективного функционирования дома или на работе» (Stewart & Abeln, 1993, стр 213). Другой критерий приемлемости, утилитарный результат терапии – это функциональный результат, достигнутый эффективно и экономично (Eastwood, 1999; Stewart & Abeln, 1993).

Наконец, движение за права людей с ограниченными возможностями также поддерживает компенсаторные подходы, которые фокусируются на адаптации окружения, поскольку компенсаторный подход не концентрируется на том, что с человеком что-то не так, и нужно что-то исправлять или изменять. Вместо того, компенсаторный подход сосредотачивается на окружении и его требованиях, пытаясь определить, как это окружение влияет на выполнение деятельности, строя вмешательство, исходя из этого, или используя

это в качестве ресурса (Dunn, 1993; Verbrugge, 1990). Как было замечено Verbrugge (1990), лозунг группы защиты прав людей с ограниченными возможностями гласит: «Измените среду, а не меня» (стр. 68).

Несоответствующее выполнение: Возможности человека и требования общества

Этот подраздел фокусирует внимание на том, какой опыт получает человек на уровне ограничения активности в случае болезни или расстройства, имея в виду нарушения выполнения активности повседневной жизни, инструментальные активности, работу/обучение, игру или досуг. Это приоритетный уровень, который находится между социальным участием и собственно возможностями человека. Исполнение социальных ролей зависит от способности человека выполнять уникальные комбинации активностей повседневной жизни, инструментальных активностей, рабочих задач/задач обучения, игровых или досуговых задач. Способность осуществлять все повседневные задачи безопасно, адекватно и независимо, в свою очередь зависит от нейромышечных, умственных, чувствительных и физиологических функций клиента.

Роль окружения в выполнении активности становится заметной, если продвигаться по иерархической лестнице от возможностей человека к участию в жизни общества. На уровне активности и социального участия, окружение, объекты, структуры и люди неразделимо связаны с выполнением задач. Существуют многочисленные методы адаптации окружения, в котором клиент выполняет те или иные задачи, чтобы обрести, восстановить или улучшить необходимые функции или предотвратить развитие дисфункции. Вместо того, чтобы разрабатывать подход, направленный на модификацию окружения, специфичную для каждого заболевания/расстройства, нарушения и ограничения активности или участия, мы предпочли создать алгоритм принятия клинического решения, с целью помочь специалистам систематизацию определения природы несоответствующего выполнения задачи. Эта оценка предоставляет базис, необходимый для выбора наиболее соответствующего типа модификации окружения. Алгоритм состоит из серии вопросов и используется для определения природы несоответствующего выполнения задач клиентом, выявляя, возникает ли проблема вследствие дефицита навыков или привычек, а также формулируя стратегии вмешательства, которые будут направлены на конкретный результат, оставаясь в рамках службы здравоохранительной системы (Рисунок 27-3).

В этом подразделе мы скорее делаем акцент на процессе принятия клинического решения, ведущего к адаптации окружения, направленной на улучшение взаимодействия ЧЗО, чем представляем сборник советов по адаптации окружения, учитывая быструю смену технологий. Мы использовали клинические примеры для иллюстрации алгоритма (См. приложение F для получения практической информации, касающейся специфических технологий и служб). Концепции, включающие алгоритм принятия клинического решения, основываются на МКФ [ICF] (WHO, 2001), практической модели эрготерапии [OTPF] (AOTA, in press), методологии человеческих факторов (Czaja et al., 1993; Faletti, 1984), экологической модели деятельности человека [ENP] (Dunn et al., 1994), модели овладения навыками и привычками [Model for Skill and Habit Acquisition] (Rogers & Holm, 1991b), и модели функциональной деятельности [Model of Occupational Functioning] (Trombly, 1995).

Были описаны два подхода к преодолению несоответствующего выполнения задач: восходящий и нисходящий (Trombly, 1993). Привлечение нисходящего подхода к решению клинических проблем было рекомендовано Trombly (1993), алгоритм принятия клинического решения, представленный на рисунке 27-3, начинается с выявления несоответствия между текущим уровнем социального участия и выполнения активности клиента и уровнем требуемым, ожидаемым или желаемым (Mager & Pipe, 1984; Rogers & Holm, 1991b).

Например, родители могут заметить, что их сын не играет с игрушками, детьми или взрослыми так, как это делают другие дети в возрасте 3,5 лет, а для поступления в

дошкольное учреждение, куда они хотят отдать ребенка, необходима ловкость и социальные навыки, соответствующие возрасту. Рабочий, который был травмирован вращающимся механизмом, хотел бы вернуться на работу, но выяснилось, что он не может выполнять работу оператора станка в течение 2-х часов, как этого требует отдел профессионального здоровья и безопасности [Occupational Health and Safety Office]. Взрослый человек, среднего возраста с задержкой умственного развития, который был помещен в дом группового проживания через неделю после смерти своего родителя, отказывается выходить из комнаты, и ведет себя агрессивно по отношению к персоналу. Критерии поступления для проживания в этот дом включают в себя обязательное условие участия обитателей дома в повседневных активностях и разделение обязанностей, а также условия включают отсутствие агрессивного поведения или поступков, причиняющих вред себе. Пожилая женщина хочет вернуться в свою квартиру после инсульта, но она неспособна выполнять два условия, необходимые для независимого проживания: выполнять свои медицинские назначения и готовить себе какую-то легкую пищу дважды в день.

В каждой из описанных ситуаций видно несоответствие между текущим уровнем выполнения клиентом поставленной задачи и требованиями физического или социального окружения. Специфическая природа несоответствия помогает сфокусировать оценку и выбрать наиболее эффективный вид вмешательства.

Природа несоответствия выполнения деятельности

Природу несоответствия выполнения можно определить двумя большими категориями причин – это недостаточность навыков (Fleisman, 1966; Fleisman & Quaintance, 1984; Gentile, 1987; Rogers & Holm, 1991b, 2000) и недостаточно развитые привычки (Dunn, 2000; Poole, 2000; Reich, 2000; Rogers, 2000; Rogers & Holm, 2000). В ситуациях, когда взаимодействие ЧЗО небезопасно, неадекватно или требует участия других людей, алгоритм принятия клинического решения помогает практикам различить, является ли несоответствующее выполнение деятельности следствием дефицита навыков или привычек. После того, как это определено, может быть проведена адаптация окружения, с целью уменьшить требования окружения вплоть до того уровня, чтобы они соответствовали уровню выполнения задач клиента. Если вероятная причина несоответствующего выполнения деятельности недостаточность навыка, то адаптация будет проводиться таким образом, чтобы не только уменьшить требования со стороны окружения, но и потенцировать развитие навыка клиента. Аналогично, если причина несоответствия в дефиците привычек, то может быть проведена кратковременная адаптация окружения, направленная на замещение отсутствующих привычек и уменьшение несоответствия выполнения задач на то время, пока не будет восстановлена или развита рутина и привычки. (Более подробно о вмешательстве, направленном на восстановление или развитие отдельных функций см. в главе 30.)

Навыки и дефицит навыков

Навык – это специфическая для каждой задачи способность умело выполнять требования задачи (Fiesherman, 1966; Gentile, 1987). Стандарты умения определяются на внешнем и внутреннем уровнях. На внутреннем уровне люди сами определяют степень мастерства, которая им доступна, а на внешнем уровне члены семьи, учителя, друзья, работодатели и коллеги определяют уровень владения навыком для задач социального значения. Навыки обретаются при выполнении активности под руководством более опытного человека, который наблюдает за выполнением задачи и вносит необходимые коррективы при совершении ошибок. Дефицит навыка – это недостаток способности отвечать требованиям стандартов умения, созданных самим человеком или другими людьми для выполнения конкретной задачи. Поскольку наличие навыка специфично для каждой задачи, то

несоответствие выполнения критериям стандартов одной задачи, вовсе не обязательно означает несоответствие критериям других задач. В дополнение, нужно сказать, что на уровень мастерства влияют требования самой задачи и физического и социального окружения.

Привычки и дефицит привычек

Несколько навыков, объединенных между собой в последовательность, образуют рутину, рутины, соединяются между собой, образуя **привычки** (Clark, 2000). Привычки обычно вырабатываются в течение времени, как правило, с целью сделать выполнение активности более эффективным (Dunn, 2000; Kielhofner & Burke, 1985; Rogers, 1986; Rogers & Holm, 1991b). Привычки представляют собой стереотипы повседневной жизни, уникальные для каждого человека, а также рационализаторские механизмы, позволяющие выполнять наиболее эффективно ежедневные задачи, которые человек хочет делать, или от него требуется или ожидается их выполнение. Приобретение привычек более сложно, чем приобретение навыков, поскольку в формировании привычек задействованы более сложные механизмы поведения, и для приобретения привычек нужен хотя бы минимальный уровень навыков. Привычки, например, касающиеся утренней рутины требуют наличия навыков ухода за собой. В то время, как индивидуальность навыка определяется характером, стилем выполнения задачи, то индивидуальность привычек определяется последовательностью выполнения задач, составляющих рутину. После пробуждения по утрам, некоторые люди идут в туалет, принимают ванну, едят, чистят зубы и одеваются, в то время как другие люди начинают чистить зубы, а затем идут в туалет, душ, одеваться и есть. Привычки также влияют на выполнение каждой из этих утренних задач. Например, некоторые люди одевают сначала верхние части одежды, а затем нижние, а другие делают наоборот или в более хаотичном порядке.

Недостаток привычек может быть следствием прекращения или прерывания повседневной рутины. Индивидуальность привычек делает их более сложными для оценки и вмешательства чем недостающих навыков. Подобно навыкам, привычки вырабатываются со временем, но в отличие от навыков, которые могут быть продемонстрированы сразу, оценка и вмешательство при несоответствующих привычках требуют времени для того, чтобы убедиться в их существовании, постоянстве и эффективности. Также как и в случае с навыками, на привычки оказывают влияние требования со стороны активности, физического и социального окружения.

Взаимосвязь между навыками и привычками

Навыки и привычки взаимозависимы и внутренне неразрывно связаны (Dunn, 2000; Rogers & Holm, 1991b, 2000). Для формирования рутины или привычки должен существовать навык. Например, если человек не обладает навыками одевания, ухода за собой, приготовления пищи, замены масла в машине или стрижки газона, то рутины и привычки, касающиеся этих задач, развиваться не могут. Если навык отсутствует, неадекватен или поврежден, рутины и привычки не разовьются или будут разрушены. Помимо этого навыки должны часто использоваться, чтобы сохраняться на адекватном уровне и совершенствоваться, а затем способствовать формированию рутин и привычек (Mager & Pipe, 1984; Rogers & Holm, 1991b).

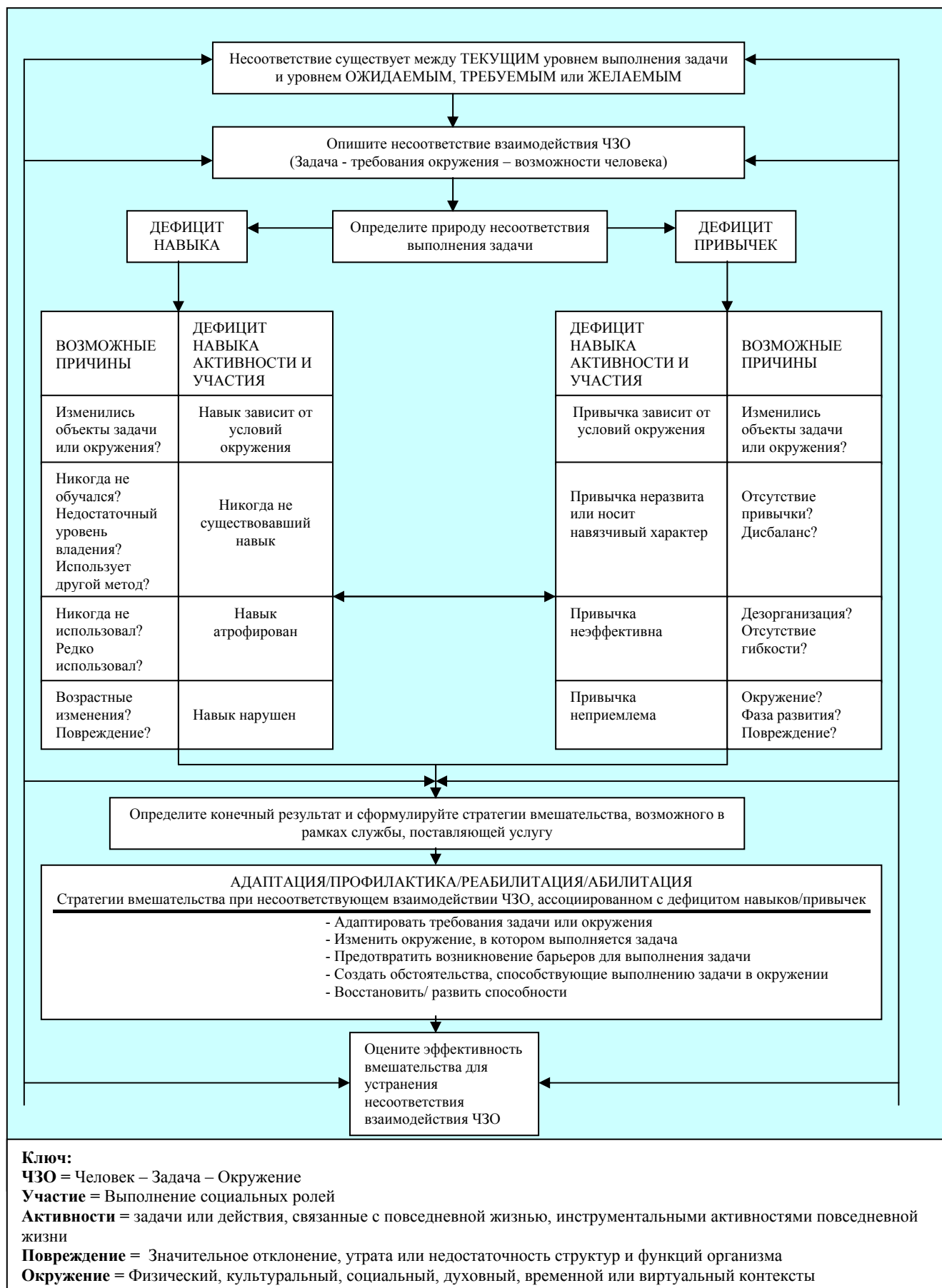


Рисунок 27-3. Алгоритм принятия клинического решения для вмешательства, направленного на взаимодействие ЧЗО

АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ ДЛЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННОГО НА МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЗО

Алгоритм принятия клинического решения, представленный на Рисунке 27-3, разработан для того, чтобы эрготерапевты шаг за шагом могли пройти процесс принятия решения, чтобы выявить возможные причины несоответствий взаимодействия ЧЗО. Нисходящий подход был выбран, так как он дает эрготерапевту возможность начинать работу с клиентом с социальных ролей и активностей, значимых для клиента, а также, так как наблюдение за процессом взаимодействия ЧЗО на уровне участия и активности дает информацию о возможностях клиента и о требованиях окружения.

Алгоритм принятия решения предлагает оценивать несоответствия выполнения задач с точки зрения недостаточности навыков или привычек. Навыки и привычки были выбраны потому, что клиенты с нарушениями нейромышечных функций наиболее часто страдают от недостатка необходимых навыков, в то время как клиенты с умственными и психологическими нарушениями могут иметь также проблемы, связанные с привычками. Прежде всего выявляется дефицит навыков, так как наличие навыков необходимо для формирования и поддержания привычек. Вначале оцениваются навыки, которые зависят от окружения, так как незнакомые объекты задачи и окружения негативно сказываются на выполнении задач даже теми клиентами, у которых нет нарушений. С помощью алгоритма можно последовательно выяснить, был ли навык когда-либо получен, использовался ли он регулярно или редко. Наконец, алгоритм предлагает специалистам выяснить, имеются ли у клиента возрастные изменения или нарушения, которые привели к проблемам использования навыка.

Если дефицит навыка исключается или преодолен, а выполнение задачи носит по-прежнему несоответствующий характер, то алгоритм предлагает посмотреть, нет ли у клиента привычек, зависящих от факторов окружения. При изменении объектов физического или социального окружения привычки и рутины могут разрушаться, а это ведет к несоответствующему выполнению деятельности. Затем выясняется, если привычки были сформированы, то насколько они обязательны по природе, эффективны ли они, и насколько они социально приемлемы. Тогда, когда природа несоответствующего выполнения деятельности выяснена, алгоритм подсказывает возможные пути постановки целей и выбор подходящих стратегий, направленных на уменьшение требований со стороны окружения.

Имеется ли дефицит навыка?

Можно говорить о дефиците навыка в нескольких случаях (Рисунок 27-4). Как показано в алгоритме принятия решения, эти мы можем разделить все случаи дефицита навыка на четыре основные категории: когда навыки зависят от условий окружения, когда навык не развился или не достиг определенного уровня мастерства, когда навыки никогда не используются или используются очень редко или, когда навык поврежден.

Изменение объектов задачи или окружения?

Является ли причиной несоответствующего выполнения задачи изменение объектов задачи или окружения?

Когда эрготерапевты проводят оценку выполнения задачи, они создают для этого условия. Они выбирают объекты, которые будут использованы во время проведения оценки, создают межличностные отношения, определяют уровень и тип помощи, которая может быть предложена во время оценки. За исключением тех случаев, когда оценка проводится в естественных условиях, то есть у клиента дома, в школе или на рабочем месте, они будут выбирать физическое окружение (например, в эрготерапевтическая клиника или палата клиента в госпитале или реабилитационном центре). Условия, в которых проводится оценка,

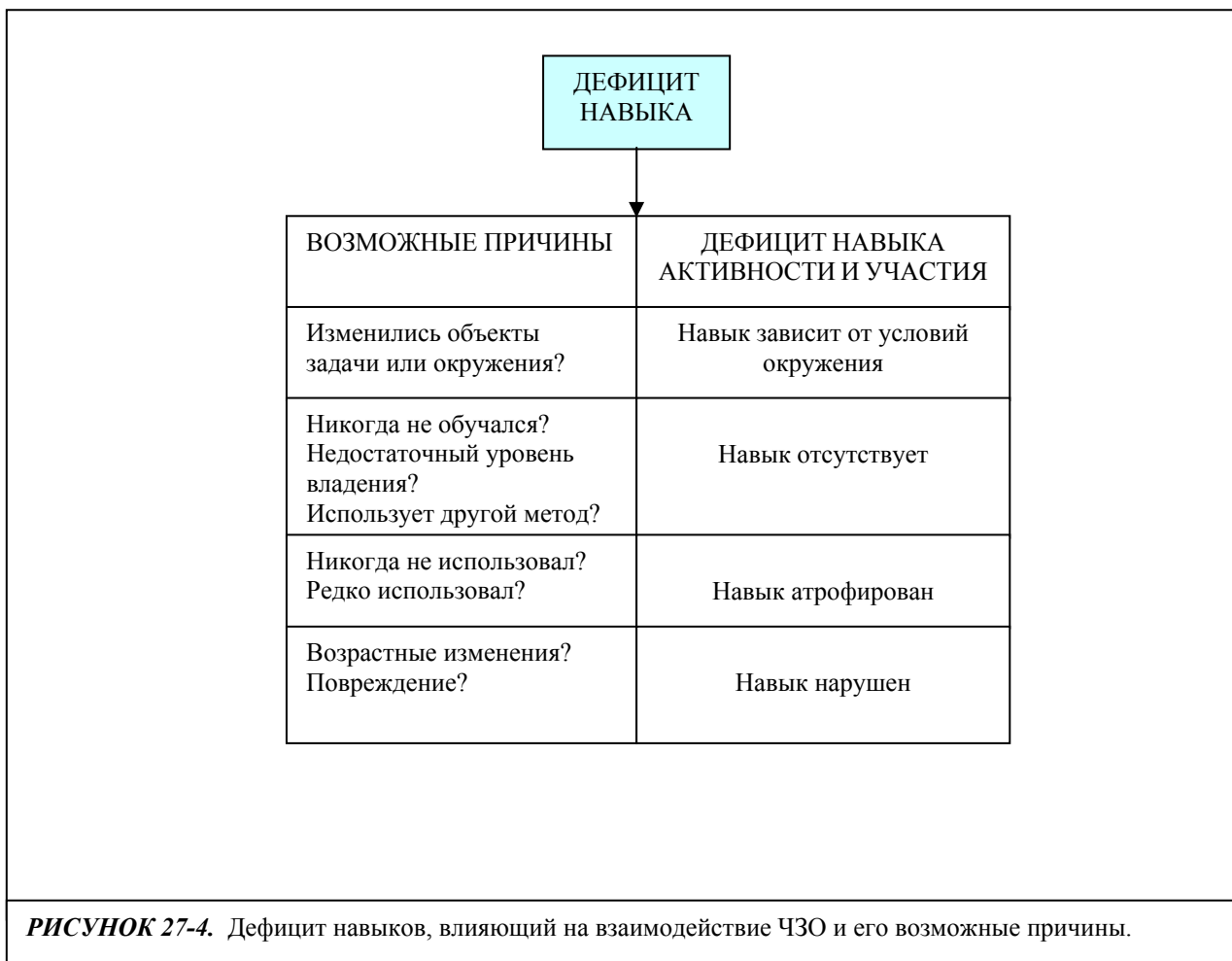
могут способствовать выполнению задачи или затруднять ее, или могут быть нейтральными, в зависимости от возможностей клиента. В то же время эти условия могут быть причиной дефицита выполнения задачи.

К примеру, во время проведения эрготерапевтической оценки, мисс Чу, одинокая 67-летняя женщина страдающая макулярной дегенерацией, которая поправляется после ампутации правой ноги на уровне нижней трети голени, вследствие диабетической невропатии, неспособна заполнить счет или выписать чек. Она хорошо поправляется после ампутации, и она была в сознании и ориентирована практически немедленно после операции. Мисс Чу говорит, что она всегда самостоятельно решала свои финансовые вопросы и заполняла счета до того, как попала в госпиталь. Однако дома мисс Чу использует увеличенные бланки счетов, и трафарет, чтобы правильно заполнять поля. После заполнения бланка, она использует очень яркую галогеновую лампу и увеличительное стекло, чтобы убедиться, что работа выполнена правильно. Без привычных объектов задачи и усиленного освещения, сколько бы она ни старалась, она не может выполнить эту задачу. Эрготерапевт, который не исследовал влияние объектов, используемых во время оценки на выполняемую задачу, решил, что у мисс Чу недостаток навыка вследствие повреждения ментальных функций.

Дефицит навыка, подобный тому, который вызывают объекты, используемые при оценке, может возникать, когда клиенты меняют место жительства, учебы, работы, или игры. Миссис Уоллен, например, позвонила в службу Гериатрической программы оценки клиента в домашних условиях [Geriatric In-Home Assessment Program], так как заметила, что у ее матери, недавно переехавшей в дом престарелых, довольно часто сгорает еда, а также она кладет «объедки» в холодильник. Оценка показала, что клиент испытывает затруднения при обучении пользованию электрической плитой, поскольку она готовила на газовой последние 64 года. Помимо этого она кладет оставшуюся еду в холодильник на время, поскольку мусорный контейнер находится в подвале, десятью этажами ниже, и ей тяжело спускаться туда ежедневно.

Дефицит навыка могут провоцировать объекты не только социального, но и физического окружения. Простого присутствия эрготерапевта, наблюдающего за тем, как выполняются различные задачи во время проведения оценки, может быть достаточно, чтобы прервать выполнение, поскольку ощущение наблюдения и оценки со стороны может сделать клиента нервным и тревожным. Окружающие люди могут быть также невнимательны в отношении организации объектов окружения. Например, клиент с умеренно развившейся деменцией может часто выполнять задачи, когда ему об этом напоминают ухаживающие, предлагая ему необходимые предметы (такие как хлопья, тарелку и молоко, оставленные на кухонном столе). Однако без напоминания со стороны ухаживающих людей задача может быть оставлена невыполненной.

Изменение окружения, временное или постоянное, изменяет адаптивные способности клиента. Дефицит навыка может возникнуть в новом окружении, поскольку выполнение задачи зависит от специфических объектов задачи, физического или человеческого окружения в обычном месте выполнения задачи. Эрготерапевты должны быть внимательны к проявлениям недостатка навыков, провоцируемым окружением, для того, чтобы не занижать результат оценки искусственно, просто потому что клиент не использует привычные объекты задачи в привычном окружении. Сравнение разницы оценочных результатов при выполнении задачи с привычными и с клиническими объектами позволяет понять, идет ли речь о дефиците навыка вследствие зависимости от окружения. Если выполнение задачи не зависит от факторов окружения, то, возможно навык никогда не был обретен, или уровень умения был недостаточно высок, или навык не использовался с достаточной частотой, или не использовался в течение долгого времени.



Отсутствие навыка или недостаточный уровень владения им?

Нарушается ли выполнение задачи вследствие того, что навык отсутствует или недостаточно развит? Прежде чем решить, что задача выполняется несоответствующим образом вследствие патологии или повреждения, необходимо убедиться, что навык прежде был сформирован или понять, насколько им владел клиент (Mager & Pipe, 1984; Rogers & Holm, 1991b). Например, если миссис Сибург, 68-летняя вдова, перенесшая инсульт в правом каротидном бассейне, испытывает затруднения при выписке чека и заполнения своей чековой книжки, важно удостовериться, знала ли она как выполнять эти действия до инсульта. Миссис Сибург утверждает, что она всегда использовала наличные средства до того как вышла замуж. Мистер Сибург занимался всеми финансовыми вопросами в семье до самой своей смерти, случившейся два года назад, и с того времени дочь миссис Сибург взяла все эти дела под свою опеку. Поэтому можно сказать, что ее неспособность справиться с задачей вызвана тем, что должный навык не был сформирован.

Навык, который никогда не существовал или не был развит до необходимого уровня, требует не реабилитации, а абилитации. Однако еще более важно определить, была ли когда-нибудь у клиента потребность развивать этот навык, и если да, то какого уровня ему было нужно достичь. Например, после перенесенной травмы или вследствие ухудшения неврологического заболевания переезд в новую квартиру, жилой центр, в котором предоставляется помощь, или в дом группового проживания может потребовать наличия навыков, которым клиент не обучался или не владеет на достаточном уровне. Такие

жизненные перемены могут также потребовать использования тех навыков, которыми клиент владел, но никогда не использовал или использовал очень редко.

Навык никогда не использовался или использовался очень редко?

Является ли несоответствующее выполнение задачи следствием того, что клиент никогда не использовал имеющийся навык или использовал очень редко? В некоторых случаях клиент не может продемонстрировать владение навыком, или делает это неадекватно или небезопасно потому, что они были неактивны в течение месяцев или лет. Навыки приготовления еды и стирки белья часто атрофируются у женатых мужчин поколения II Мировой Войны, потому что их жены выполняли эти задачи за них со времени возвращения их из армии около 60 лет назад. Вдовы того же самого поколения часто рассказывают, что они не могут вести свои финансовые дела, поскольку с момента замужества, этим занимались их мужья. Такие данные об истории выполнения деятельности клиентом необходимы для того, чтобы понять насколько часто и как давно использовался навык. Наконец, если навык не практиковался адекватно, клиент будет нуждаться в абилитации, а не реабилитации. Далее, если эрготерапевт убедился, что задача выполняется несоответствующим образом, не из-за того, что у клиента не было возможности использовать навык часто или относительно недавно, то нужно учитывать, что возрастные изменения или нарушения чувствительности, умственной деятельности, психосоциальных, нейромышечных или физиологических функций организма могут также влиять на навык, необходимый для выполнения задачи.

Возрастные изменения или повреждение?

Являются ли причиной несоответствующего выполнения задачи возрастные изменения? У пожилых людей нормальные возрастные изменения исходных возможностей могут влиять на выполнение деятельности. Эти возрастные изменения могут усугубляться новыми и ранее существовавшими заболеваниями или расстройствами. Для того, чтобы понять, каково влияние возрастных изменений и патологии на развитие дефицита навыка, специалист должен хорошо представлять себе процесс обычного старения и типичные проявления заболеваний/расстройств.

Мистер Роланд, 67-летний фермер, вследствие ранения потерявший руку на уровне локтя в 1953 году во время войны с Кореей, наблюдается в клинике амбулаторно по поводу грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника. Он говорит, что в настоящее время испытывает множество затруднений, связанных с необходимостью наклоняться, поднимать и перемещать предметы, чего не было еще 10 лет назад, когда он был сильнее и моложе. К 67 годам мистер Роланд заметил, что он уже не так силен, он не может больше использовать физическую силу и поднимать предметы одной рукой. Как он делал это раньше. С уменьшением функциональных возможностей, связанных с нормальным старением, люди постепенно изменяют способы выполнения задач. Если подобное приспособление не приводит к адекватному и безопасному выполнению деятельности, то должны быть уменьшены требования со стороны окружения настолько, чтобы они могли соответствовать текущим возможностям клиента.

Не является ли повреждение причиной несоответствующего выполнения задачи? Повреждение подразумевает воздействие заболевания или расстройства на структуры и функции тела человека (WHO, 2001). Мистер Бейкер, 46-летний мелкий предприниматель, занимающийся продажей электроники, перенес инсульт в левом каротидном бассейне и испытывает затруднения при выписывании чеков и заполнении чековой книжки. До инсульта мистер Бейкер занимался всеми финансовыми вопросами в семье, а помимо этого вел всю бухгалтерию, связанную с бизнесом. Поэтому. Можно рассматривать наличие у него дефицита навыка, являющегося следствием остаточных явлений перенесенного инсульта.

Хотя он левша, и может совершать необходимые манипуляции с ручкой, из-за афазии и импульсивности, он не способен использовать имеющиеся навыки для решения финансовых вопросов. Хотя классические повреждения, вызванные полупарным инсультом и рассеянным склерозом, описаны в многочисленных медицинских учебниках, классические ситуации редко прослеживаются у конкретных клиентов, и эрготерапевт должен обладать достаточной восприимчивостью, чтобы видеть уникальные особенности клиента. Помимо всего этого дефицит навыка может возникать в результате комбинированного действия нового и давнего повреждений.

Имеется ли дефицит привычек?

После того, как стало ясно, что несоответствующее выполнение задачи вызвано не дефицитом навыка, начинается оценка привычек клиента. Как видно из алгоритма принятия решения, можно подразделять дефицит привычек на четыре категории: дефицит привычек, зависящий от окружения, дефицит, связанный с неразвитыми привычками или с их непостоянством, дефицит, связанный с неэффективностью имеющихся привычек, и дефицит, как следствие неприемлемости привычек (Рисунок 27-5).



Изменение объектов задачи или окружения?

Вызвано ли несоответствующее выполнение задачи с дефицитом привычек, связанным с изменением объектов задачи или окружения? Привычки, зависящие от окружения, могут включаться под влиянием объектов задачи (таких как, зубная щетка, застёжка-молния, рубашка на пуговицах), физического окружения (таких как, ванная комната, столовая, рабочее место) или социального окружения (таких как, баскетбольный матч или религиозная служба). Когда при взаимодействии ЧЗО наличие привычек и рутин неочевидно, прежде чем сделать вывод, что они никогда не были развиты, следует убедиться, что окружение не создает препятствий для поддержания обычных рутин и привычек. Госпиталь или другое учреждение длительного пребывания (long-term care facility – LTFC) не способствует сохранению устойчивых привычек, поскольку организация таких учреждений подразумевает собственную рутину. Распорядок дня в госпитале и других учреждениях длительного пребывания основан на сменах персонала и графиках приема пищи. Клиенты, которые находятся в госпитале, не могут самостоятельно принимать лекарства, таким образом, разрушается привычка, поддерживающая соответствующий навык. Обитатель учреждения длительного пребывания, который, пользуется туалетом дома без посторонней помощи, согласно критериям данного учреждения, расценивается как пациент с двигательными нарушениями, в связи с чем, должен ждать сопровождающего для посещения туалета, что может привести к развитию недержания. Учреждения для людей с нарушениями умственной деятельности препятствуют поддержанию привычек и стимулируют развитие зависимости от персонала, так как правила пребывания подразумевают изъятие бритв, пилочек для ногтей и маникюрных ножниц из соображений безопасности, а также часов, денег и зубных протезов на сохранение.

Поскольку привычки могут зависеть от окружения (например, человек может автоматически доставать зубную пасту из ящика), переезд в другую палату в госпитале или другом учреждении, а особенно переезд в другое здание, может послужить причиной временного разрушения или нарушения имеющихся привычек и рутин.

Например, во время приготовления пищи миссис Одден часто выглядит растерянной. Хотя она ориентируется в кухне эрготерапевтического отделения, она открывает и закрывает дверцы шкафов и ящики, пытаясь найти необходимые предметы, снова и снова включает и выключает бытовую технику. Однако объяснением ее растерянности может послужить то, что ее привычки, связанные с приготовлением еды, также ассоциированы с ее собственной кухней, на которой она готовила в течение 52 лет, и это касается как расположения утвари и продуктов, так и выключателей бытовой техники. Выяснение, в каких условиях обычно происходит деятельность, также как и каких стереотипов и рутин придерживается клиент, может помочь эрготерапевту организовать окружение и подобрать необходимые объекты для эффективного и адекватного выполнения задачи. Если подобная адаптация проведена, а выполнение все же остается несоответствующим, то возможно привычки не были сформированы.

Отсутствие или дисбаланс привычек?

Что, если активность выполняется несоответствующим образом вследствие отсутствия необходимых привычек? Отсутствие рутин и привычек это реакция на образ жизни, не имеющий достаточно развитой структуры и соответственно непредсказуемый. У маленьких детей может не быть привычек, которые они формируют сами, но даже дети, которые только начинают ходить легко приспосабливаются к рутинам членов семьи и персонала учреждений. Когда окружение лишено рутин и привычек, у детей могут не развиваться соответствующие возрасту навыки, и это создает трудности при приспособлении к дошкольному и школьному окружению (Kramer & Hinojosa, 1993). Более того, если ребенок нерегулярно бывает в школе, то это оказывает негативное влияние на развитие навыков. У подростков и взрослых отсутствие

развитых привычек, ведущее к постоянным опозданиям на работу, невозможности следовать ходу рабочей задачи и невниманию по отношению к вопросам безопасности, влияет негативно на способность получать и сохранять за собой рабочее место, даже, если это искусный работник (Barris et al., 1985). Если привычки имели место, но внезапно были нарушены в связи с болезнью в семье, переездом или апатией на фоне депрессии, также может наблюдаться несоответствующее выполнение деятельности (Kramer & Hinojosa, 1993).

Тогда, когда время на реабилитацию ограничено, очень трудно бывает помочь клиенту сформировать рутину, из которой со временем могут развиваться привычки. Более того, в условиях учреждения, нет того физического и социального окружения, которое могло бы способствовать развитию и поддержанию привычек. Это вынуждает специалистов творчески подходить к делу и использовать обучающие техники, которые помогают клиентам сформировать рутины и привычки для организации своей жизни и более эффективного выполнения задач. Если привычки и рутины существуют, но деятельность все равно выполняется несоответствующим образом, то возможно имеет место дисбаланс привычек.

Что, если активность выполняется несоответствующим образом вследствие дисбаланса необходимых привычек? Разбалансированность привычек может проявляться как рутина, в которой не хватает видов активностей, их числа, разнообразия и темпа выполнения (Cubie & Kaplan, 1982; Florey & Michelman, 1982; Kielhofner & Burke, 1985; Rogers, 1986; Rogers & Holm, 1991b), а также как непостоянство в использовании привычек и рутин (Barris et al., 1985). Нейромышечные, чувствительные и психологические нарушения могут приводить к тому, что клиенты значительно ограничивают круг активностей и частоту их выполнения.

Например, мистер Джотел, 48-летний разведенный мужчина, до того как попал в автомобильную аварию, результатом которой стало повреждение спинного мозга и тетрапарез, каждое утро бегал трусцой и занимался тяжелой атлетикой пять раз в неделю. Хотя он недавно вновь занял место налогового аудитора во Внутренней финансовой службе, он неудовлетворен своим нынешним образом жизни. Во время оценки непосредственно на рабочем месте, он сообщает, что он тратит все время бодрствования на уход за собой и выполнение рабочих обязанностей, и что «если это все, из чего впредь будет состоять моя жизнь, то оно того не стоит».

Дисбаланс может также выражаться в виде привычек или рутин, которые клиенты считают обязывающими (du Toit, van Kradenburg, Niehaus, & Stein, 2001; Rapport, 2001). Нарушения, связанные с деменцией, и обсессивно-компульсивных расстройствах могут приводить к этому виду дисбаланса.

Мистер Гольдман, 84 лет, страдающий умеренным когнитивным расстройством, вследствие деменции типа Альцгеймера, тратит помногу часов ежедневно, просматривая видеозаписи Лоуренса Велка. В некоторые дни он смотрит одну и ту же пленку 8 – 10 раз. Хотя он вполне общителен, миссис Гольдман не может уговорить его пойти навестить родственников или сходить с ней в магазин. Миссис Гольдман трудно готовить еду так, чтобы она была готова к окончанию просмотра видеопленки, а ее муж очень расстраивается, если она выключает видео, чтобы он пришел есть на кухню.

При обсессивно-компульсивных расстройствах дисбаланс привычек напоминает обычно ритуальные действия, такие как выдергивание волос или мытье рук (du Toit et al., 2001). Поскольку эти ритуалы часто повторяются, например, клиент моет руки каждые 15 минут, то они как правило нарушают ритм жизни в том, что касается социального участия и повседневной активности. Изменения физического или социального окружения могут способствовать формированию новых рутин, отвлекать от навязчивых привычек или прекращать выполнение рутин в отсутствие достаточной стимуляции или при возникновении новых стимулов. Если несоответствующее выполнение не может быть расценено как результат дисбаланса привычек или рутин, возможно, имеет место дезорганизация деятельности или отсутствие гибкости реагирования, которые влияют на выполнение задачи.

Дезорганизация или отсутствие гибкости?

Является ли несоответствующее выполнение задачи результатом дезорганизации деятельности? В ситуации, когда при оценке взаимодействия ЧЗО не отмечается ровного ритма повседневных рутин, то причиной несоответствующего выполнения задачи может быть дезорганизация привычек. При такой патологии как черепно-мозговая травма, инсульт, депрессия, синдром дефицита внимания, биполярное аффективное расстройство сниженная способность к концентрации внимания, импульсивность, нерешительность и апатия могут приводить к дезорганизации привычек. Клиенты с дезорганизацией привычек фокусируют внимание на «здесь и сейчас» и не способны планировать грядущие события, в связи с чем, они опаздывают или не приходят на назначенные встречи или оказываются к ним неготовыми.

Например, во время оценки задач, касающихся ухода за собой, эрготерапевт отмечает, что мистер Такада, который готовится принять ванну и побриться, подготавливает мыло, полотенце и бритву, но оставляет их на полке с одеждой, когда направляется в ванную. Когда он возвращается в комнату, предполагая забрать приготовленные для ванны и бритья вещи, он замечает свою одежду, разложенную на кровати медсестрой. Он начинает одеваться. Закончив одеваться, он складывает мыло, полотенце и бритву обратно в ящик.

Для того, чтобы привычки стали автоматическими и целенаправленными нужно регулярно упражняться в планировании, организации и внедрению эффективных рутин (Bransford & Stein, 1984). Привычки неуместные или дезорганизованные ведут к неэффективному выполнению задач, также как и стереотипы привычек, лишённые гибкости.

Является ли несоответствующее выполнение задачи результатом отсутствия гибкости стереотипов привычек? Отсутствие гибкости в реакциях может также разрушать привычки и рутины (Kielhofner & Burke, 1985). Характеристики, свидетельствующие об отсутствии гибкости, выглядят, как неспособность изменять рутины, чтобы приспособить неприятные или изменившиеся обстоятельства, а также неспособность подстраиваться эмоционально соответственно изменившимся рутинам. В случае, если клиент не может видоизменять свои рутины или привычки тогда, когда это необходимо, или, если он испытывает расстройство, волнение или смущение, когда привычки оказываются разрушенными, можно говорить о несоответствующем выполнении задачи вследствие отсутствия гибкости паттернов привычек (Rogers & Holm, 1991b). Жена, которая продолжает готовить мужу калорийные жирные блюда в то время, как ему назначена диабетическая диета с низким содержанием холестерина, демонстрирует ригидный паттерн привычек. Клиент, недавно перенесший коронарное шунтирование, который после многих лет питания преимущественно жирной пищей с высоким содержанием холестерина переведен на жесткую диету, и жалуется на это во время каждого приема пищи, иллюстрирует пример, когда расстройство, вызывается изменением привычек.

Социальная поддержка изменения привычек может способствовать привыканию, когда клиенту трудно принять необходимые перемены. Однако ригидные образцы привычек

могут служить в качестве адаптивного ответа при дефиците навыков, сохраняя ассортимент ответов. Некоторые ригидные привычки скорее адаптивны по своей сути, поэтому крайне важно для эрготерапевта собрать достаточно информации о клиенте, чтобы уметь различать подобные нюансы. Клиент, который проверяет все электрические розетки и все горелки на электрической плите, прежде чем выйти из дома, мог развить подобную рутину с целью компенсации дефицита кратковременной памяти. Это может служить эффективной адаптивной стратегией, предназначенной для предотвращения пожара, разработанной после того, как, уходя из дома, им был забыт включенный утюг или конфорка плиты. Если рутины или привычки клиента кажутся неэффективными, но не в силу их дезорганизации или отсутствия гибкости паттернов, то возможно дело в несоответствующем времени или ситуации, когда они были применены.

Неподходящее окружение?

Выполняется ли задача несоответствующим образом из-за того, что привычка применена в неподходящем окружении? Многие повседневные задачи связаны со специфическими условиями окружения, то есть выполняются в ванной комнате, кухне или спальне. Клиенты с умственными или психическими нарушениями могут применять вполне приемлемые привычки в неподходящем окружении, что делает их неприемлемыми.

Джулиан, 18-летний парень с задержкой умственного развития, амбулаторно посещающий дом группового пребывания, недавно начал мастурбировать во время еды в столовой. Хотя эта привычка приемлема, если имеет место в условиях приватности в спальне или ванной комнате, Джулиан использует ее в неподходящем окружении, поэтому его действия не соответствуют социальным нормам.

Могут потребоваться подсказки со стороны значимых членов социального окружения клиента для того, чтобы прояснить, какое поведение приемлемо, а какое нет в специфическом окружении. Если несоответствующее выполнение задачи не связано с выполнением в неподходящем окружении, то возможно причина в несоответствии по отношению к фазе развития.

Стадия развития?

Выполняется ли задача несоответствующим образом из-за того, что паттерн привычки не соответствует стадии развития клиента? Хотя некоторые исключения могут быть сделаны на счет патологии и повреждения, общество имеет конкретные ожидания на счет поведения человека соответственно его возрасту и стадии развития (Eisensberg, Sutkin, & Jansen, 1984). 12-летняя девочка, которая сосет палец, когда находится в состоянии стресса или, когда она устала, может стать объектом насмешек со стороны сверстников, поскольку подобное поведение в ее возрасте неприемлемо. Подобным же образом, взрослый, который привык делать недовольные гримасы или хмуриться на рабочем месте, демонстрирует несоответствующее выполнение задачи. В то время как подобное поведение часто наблюдается среди детей и подростков, оно неприемлемо для взрослого, и вызывает непонимание среди сослуживцев в рабочем окружении. В этом случае также подсказки, полученные от сверстников или руководителей из среды социального окружения, могут помочь устранить неприемлемые привычки и поддержать те привычки, которые соответствуют возрасту и стадии развития. Если несоответствующие рутины и привычки не связаны со стадией развития, то возможно причина несоответствия в нарушении функций.

Повреждение?

Является ли несоответствующее выполнение задачи следствием повреждения? Многие заболевания и расстройства приводят к нарушению мышления, что в свою очередь ведет к развитию эпизодического или хронического социально неприемлемого поведения (Eisenberg et al., 1984; Reed, 2000).

После перенесенного инсульта в левом каротидном бассейне у 71-летней монахини Мэри Джозеф сохраняется моторная афазия. Когда она говорит, то повторяет фразу, состоящую из нескольких четырехбуквенных слов, которую используют дети, как считалку, выбирая, кто будет водить. Соседнюю палату занимает мистер Грейвс, 57-летний портовый грузчик. Мистер Грейвс, также перенесший инсульт в левом каротидном бассейне, при каждом визите посетителей рыдает. Миссис Грейвс, никогда не видевшая мужа плачущим прежде, очень озабочена этими слезами, так как некоторые их друзья говорят, что перестали навещать его, поскольку были ошеломлены его рыданиями и не знали, как на них реагировать. Сестринский персонал должен разъяснить миссис Грейвс, что такое эмоциональная лабильность (то есть быстрая смена эмоций), и как она связана с перенесенным инсультом.

Другой клиент, 43-летний мистер Джексон, перенесший черепно-мозговую травму, попав 2 месяца назад в автомобильную аварию, каждые 2-3 минуты трогает свою промежность. Его семья шокирована этими действиями, а друзья и сослуживцы перестали его навещать.

В каждом из этих трех случаев повреждения приводят к рутинному ответу, который не соответствует преморбидным личностным особенностям клиента, и рассматривается друзьями и членами семьи и прочего социального окружения как неприемлемый.

ПОДХОДЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ДОСТИЖЕНИЕ КОНКРЕТНОГО РЕЗУЛЬТАТА

Мы уделили достаточно внимания алгоритму принятия клинического решения для выявления природы и возможных причин несоответствующего выполнения деятельности. С того момента как клиент или его близкие определили уровень выполнения, требуемый, желаемый или ожидаемый для каждого конкретного взаимодействия ЧЗО, должна быть определена конечная цель (Рисунок 27-6). Клиент и эрготерапевт в сотрудничестве должны определить порядок приоритетов, согласно которому достигаются цели и разрешаются проблемы несоответствующего выполнения задач (Cipriani et al., 2000; McAndrew, McDermott, Vitzacovitch, Warunek, & Holm, 2000), принимая во внимание степень выраженности нарушений клиента и ограниченность возможностей службы помощи (Evans, Small, & Ling, 1995; Hagedorn, 1995b). После того, как разрешены эти вопросы несоответствия выполнения задач, могут быть определены следующие, и может потребоваться дальнейшая оценка чувствительности, умственной деятельности, нарушения нейромышечных, психологических или физиологических функций, а также развитие долгосрочных целей, ориентированных на развитие или восстановление возможностей клиента (Rogers et al., 1997; Trombly, 1993, 1995).

Модель ЕРН описывает пять стратегий вмешательства, которые касаются окружения (Dunn et al., 1994). Используя утилитарные параметры экономии эффективности в рамках вмешательства, мы строим стратегии вмешательства согласно нисходящему подходу, как показано на рисунке 27-6. Более того, мы начинаем обсуждение адаптационной стратегии, поскольку она позволяет немедленно разрешить вопрос о несоответствующем выполнении задачи, а заканчиваем восстановительной стратегией, которая может способствовать поддержанию несоответствующего выполнения активности до тех пор, пока необходимые возможности не будут развиты или обретенны вновь. Для каждой стратегии вмешательства дается определение, а затем иллюстративные примеры, включающие ситуации, в которых есть дефицит привычек и навыков.

Определите желаемый конечный результат и сформулируйте стратегии вмешательства, которое может быть проведено в рамках данной службы предоставления помощи

АДАПТАЦИЯ/ПРОФИЛАКТИКА/РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ
Стратегии вмешательства при несоответствующем выполнении деятельности, ассоциированном с дефицитом навыков/привычек

- Адаптация требований задачи или окружения
- Изменение окружение, в котором проводится активность
- Устранение барьеров, препятствующие выполнению задачи
- Создание обстоятельств, способствующих выполнению активности в данном окружении
- Восстановление/развитие функций

Оцените эффективность вмешательства, направленного на устранение несоответствия при ЧЗО взаимодействии

РИСУНОК 27-6. Нисходящий подход вмешательства для устранения несоответствия при ЧЗО взаимодействии

Адаптация

Адаптация контекстуального окружения и требований задачи для того, чтобы они способствовали выполнению активности в данном контексте. Эрготерапевтическое вмешательство может быть направлено на адаптацию требований контекста и условий задачи, чтобы они способствовали выполнению задачи индивидуумом. Во время проведения подобного вмешательства эрготерапевт изменяет отдельные аспекты окружения и/или задачи с тем, чтобы выполнение задачи стало более легким. Это может быть усиление отдельных параметров окружения, которые предлагают подсказки, облегчающие выполнение задачи, или устранение отдельных объектов окружения, с целью уменьшить отвлекаемость (Dunn et al., 1994, p.606).

Клинические случаи: адаптация окружения при дефиците навыка

Миссис Хилл, 63-летняя женщина, 20 лет страдающая рассеянным склерозом, у которой в настоящее время отмечается двустороннее онемение и слабость нижних конечностей, снижение чувствительности в руках, а также боль в поясничной области при длительном сидении. Поскольку недавно она несколько раз падала при перемещении из кресла-коляски, члены ее семьи настаивали на том, чтобы пока ее муж не работает, с ней находилась сиделка. Она категорически возражала против подобного решения. Поскольку в условиях клиники физической терапии миссис Хилл, чтобы забраться обратно в кресло, успешно использовала лестницу, то эрготерапевт рекомендовал установить подобную лестницу в ее доме. Было

найден подходящее место, и в дальнейшем, если миссис Хилл оказывалась на полу при перемещении с кровати на кресло, она была способна доползти до лестницы, толкая кресло перед собой, и, используя лестницу, благополучно переместиться обратно в кресло (рисунок 27-7).

Миссис Роджерс, 83-летняя женщина с 5-летним анамнезом макулярной дегенерации, приведшей к потере центрального зрения, и колебаниям остроты периферического зрения. Миссис Роджерс всегда радовалась возможности шить разные вещи для ярмарок, но теперь она не может вдвигать нитку в иголку своей швейной машины, даже используя специальное приспособление. Также она не может видеть каково натяжение нити и выставлять опции образования стежков на машине. Эрготерапевт рекомендует использовать увеличительное стекло, которое позволит миссис Роджерс продолжить важную для нее деятельность (Рисунок 27-8).

Мэтту 7 лет, у него синдром множественного птеригия и артрогрипоз. В результате этого, у него выраженные ограничения подвижности, контрактуры и деформации всех суставов. Эрготерапевт Мэтта научил его использовать обычный рамп (прикрепленный к вращающемуся табурету), чтобы достигать тех мест, куда он забраться сам не может, на диван, на кровать, в ванну, на обеденное кресло или унитаз (Рисунок 27-9).

3-летний Кинан перенес закрытую черепно-мозговую травму. Его эрготерапевт адаптировал ручным управлением Бигфут (автомобильчик с мотором), чтобы мальчик мог обрести функциональную мобильность во дворе и по соседству (Рисунок 27-10).

Другие модифицированные игрушечные автомобили представлены на рисунках 27-11 и 27-12. Для адаптации одного использовано специальное позиционное кресло с переключателем, позволяющим начать движение. В другом случае использовано специальное кресло, обеспечивающее постуральную стабильность, а также джойстик для управления автомобилем. Игрушечные автомобили, работающие от аккумулятора, могут быть куплены в любом большом магазине игрушек, и предоставляют детям с двигательными нарушениями прекрасный шанс исследовать окружение и радоваться функциональной мобильности, позволяющей быть наравне со сверстниками. Адаптация проводилась эрготерапевтами и включала создание внешнего контроллера, позволяющего специалисту или родителям ребенка остановить машину.

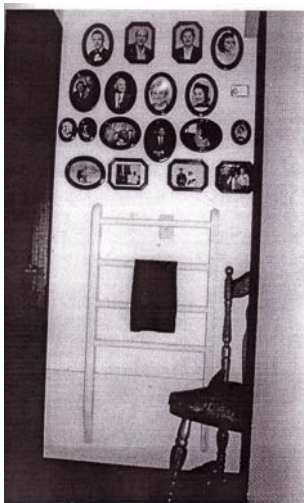


РИСУНОК 27-7. Настенная лестница в декоре домашнего окружения



РИСУНОК 27-8. Увеличительное стекло, использованное для адаптации шитья.



РИСУНОК 27-9. Обычный рамп, закрепленный на вращающемся табурете, позволяет ребенку забраться на унитаз, также как на диван, кровать, в ванну и на стулья. (Создан S. Shores, Good Samaritan Hospital, Puyallup, WA).



РИСУНОК 27-10. Адаптированный моторный автомобиль, такой как Бигфут, обеспечивает функциональную мобильность и возможность исследовать окружение для детей с двигательными нарушениями. (Автомобиль адаптирован S. Shores, Good Samaritan Hospital, Puyallup, WA).



РИСУНОК 27-11. Адаптированный игрушечный автомобиль со встроенным позиционным креслом. (Автомобиль адаптирован S. Shores, Good Samaritan Hospital, Puyallup, WA).



РИСУНОК 27-12. Моторизированный игрушечный автомобиль со встроенным специальным сиденьем и джойстиком. (Автомобиль адаптирован S. Shores, Good Samaritan Hospital, Puyallup, WA).

Клинические случаи: адаптация окружения при дефиците привычек

Мисс Дезаи, 26-летняя женщина, прикованная к постели, вследствие вторичного органического заболевания головного мозга на фоне опухоли мозга. Поскольку она не может вступать в коммуникацию, чтобы выразить свои желания и нужды, пациентка обучена кричать, чтобы получить помощь от персонала хосписа. Постепенно она начала кричать постоянно, когда находилась одна. Другие обитатели учреждения жаловались на крик, и она была переведена в отдельную комнату, где запиралась дверь, чтобы не так сильно беспокоить других пациентов. В этой ситуации эрготерапевт предложил использовать аудиокассетный плеер с наушниками и записи музыки, которую она любила в прошлом (Casby & Holm, 1994). Семья принесла записи, и через неделю мисс Дезаи стала издавать крики только дважды в день.

Гэри, 17-летний юноша с церебральным параличом (гемиплегическая форма) и умеренным снижением уровня умственного развития. В качестве реализации этапа индивидуальной программы занятости, он тратит 3 часа в день на выполнение специальной рабочей программы. Гэри включен в группу, украшающую лужайки для вечеринок, чтобы он мог развить свои профессиональные привычки. Специальный педагог говорит эрготерапевту, что Гэри не может поддерживать необходимую позу при работе, а также испытывает затруднения при закреплении частей цевочного колеса в правильном порядке.

Эрготерапевт адаптирует рутины задачи, разбивая ее на несколько дополнительных шагов, которые Гэри по силам выполнить. Она использует доску с гвоздями, так что Гэри может рассортировать части цевочного колеса из корзинки по цвету, располагая их в определенном порядке для дальнейшего использования, затем снимает их с гвоздей в правильном порядке и закрепляет в тисках для следующего ученика, продолжающего сборку.

Что касается позы, эрготерапевт замечает, что, когда Гэри погружается в работу, он забывает о позе. Чтобы разрешить эту проблему, используется кассетный плеер с одной из любимых кассет Гэри, с прикрепленной пластиной выключателя (Рисунок 27-13). Чтобы включить плеер, Гэри должен всей ладонью нажать на пластину выключателя, для этого ему нужно выработать привычку сидеть прямо, вместо того, чтобы съезжать влево, вытягивая плечо, но сгибая руку в локтевом суставе и запястье.

Мистер Джекки, 48-летний мужчина, в течение 10 лет страдающий рассеянным склерозом, вследствие чего имеющий слабость и онемение в нижних конечностях, нарушение равновесия, снижение чувствительности в руках. После последнего обострения, мистер Джекки не смог самостоятельно перемещаться в свою машину, и его семья решила подобрать ему подходящую новую машину, которая будет соответствовать его нуждам. Эрготерапевт направил его в компанию, специализирующуюся на адаптации автомобилей для нужд пользователей. Новая машина мистера Джекки оборудована дистанционным пультом управления для открывания и закрывания двери и позиционирования водительского кресла, что позволяет ему легко садиться в машину и выбираться из нее (Рисунок 27-14). Машина также имеет ручное управление. Несмотря на то, что эти изменения не кажутся экономичными, они позволяют мистеру Джекки забирать детей из школы, а также отвозить их и забирать после любых социальных мероприятий. Он может сам поехать к врачу и посещать группу поддержки в то время, когда его жена на работе. Если мистер Джекки лишен возможности водить машину, его затраты (в изоляции, без терапии и без участия в группе поддержки) и затраты его семьи (при ограничении нормативного участия и рутин детей и потере рабочего времени жены) вряд ли будут стоить меньше чем адаптация автомобиля.

Марк, 18-летний молодой человек с диагностированной недифференцированной психозом. Эрготерапевт познакомился с ним, когда Марк участвовал в программе помощи в трудоустройстве в качестве амбулаторного пациента. Марк устроен в ресторан быстрого обслуживания, где он должен работать на продуктовом складе и с грилем. Чтобы

развить приемлемые профессиональные привычки, Марку предложена система Neugorape [особый род пейджера (прим. переводчика)] (Hersh & Treadgold, 1994), запрограммированная таким образом, чтобы разбудить его утром, напомнить, какие вещи нужно взять с собой на работу, и какие препараты должны быть приняты, когда срабатывает сигнал. Конечная цель – уменьшить зависимость Марка от напоминающего устройства, привить ему привычку приходить на работу вовремя и поддерживать уровень препаратов в крови в допустимых пределах.



РИСУНОК 27-13. Пластина выключателя, приспособленная для включения плеера только тогда, когда на ней устойчиво расположена рука ученика



РИСУНОК 27-14. Этот адаптированный автомобиль позволяет водителю открыть дверь с помощью дистанционного управления и въехать в автомобиль по рампу. Рамп находится внутри, когда дверь закрыта, водитель пересаживается в специальное кресло и использует ручное управление

Изменение

Изменение существующего контекста, в котором люди действуют. Эрготерапевтическое вмешательство может заключаться в изменении контекста, в котором осуществляется деятельность. При подобном вмешательстве выбирается контекст, позволяющий человеку выполнять требуемые задачи с текущим уровнем навыков и возможностей. Это может подразумевать помещение индивидуума в условия, которые больше подходят к имеющемуся уровню навыков и возможностей, а не изменение имеющихся условий, чтобы обеспечить удовлетворение потребностей (Dunn et al., 1994, p. 606).

Клинический случай: изменение окружения при дефиците навыка

До того, как мистер Джекки и его семья переехали в новый дом, в нем был произведен ряд изменений, чтобы обеспечить успешное взаимодействие ЧЗО, используя кресло-коляску. Мистер Джекки (подрядчик) оценил важнейшие пространственные параметры (Рисунок 27-15) и предложил внести несколько изменений в физическое окружение. Водопроводные трубы под раковиной в ванной поместили глубже, чтобы мистер Джекки мог подъехать к раковине, не опасаясь обжечь утратившие чувствительность нижние конечности об горячие трубы, а также в одном из глубоких ящичков сделали два дополнительных ящичка, для того, чтобы было удобно доставать из положения сидя и хранить под рукой необходимые предметы (Рисунок 27-16). Стандартный унитаз 15-дюймовой высоты был заменен унитазом высотой в 18 дюймов для более простого перемещения. Дубовые поручни для перехода в положение стоя, рядом с унитазом, могут использоваться также для развешивания полотенец (Рисунок 27-17). В кухне стационарные полки были заменены выдвижными ящиками, чтобы было легче доставать нужные вещи (Рисунок 27-18). Микроволновая печь помещена на разделочный стол для удобства перемещения горячих блюд на стол (Рисунок 27-19). Эти изменения позволяют мистеру Джекки, у которого слабые руки со сниженной чувствительностью достать горячее блюдо из микроволновой печи на кухонную стойку, перехватить его, переместить со стойки на разделочный стол, перехватить опять, затем переставить с разделочного стола на обеденный. Специальная полка была сделана также в помещении для стирки, чтобы мистер Джекки мог складывать белье сидя в кресле (Рисунок 27-20).

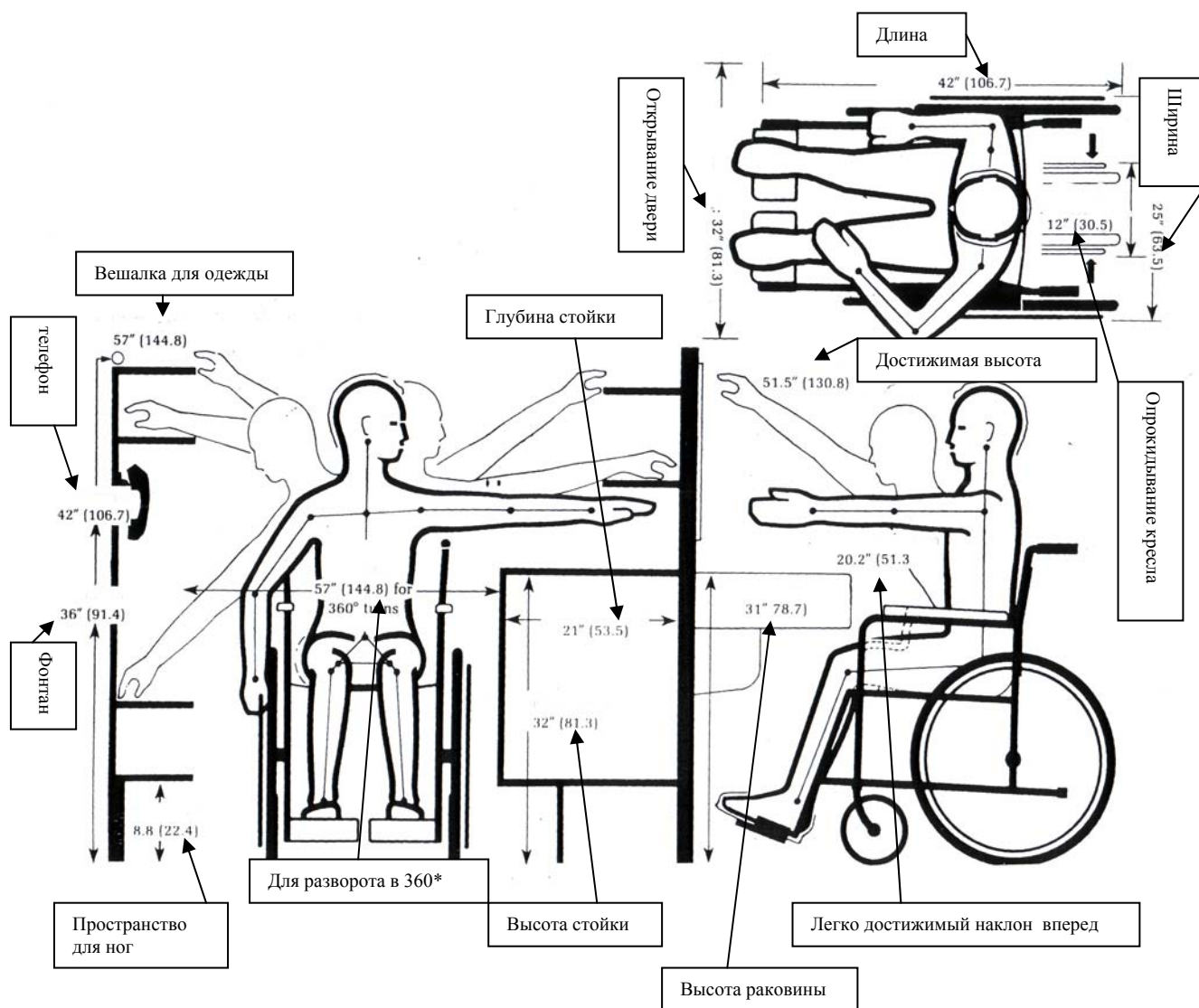


РИСУНОК 27-15. Базовые измерения и пропорции, которые могут использоваться при планировании модификаций домашнего окружения. Измерения приведены в дюймах и сантиметрах. (Адаптированы материалы Diffrient, Tilley, & Bardagjy, 1974).



РИСУНОК 27-16.

Углубление водопроводных труб и два ряда ящиков предоставляют легкий доступ к зоне раковины в положении сидя



РИСУНОК 27-17. Дубовые поручни также могут служить для развешивания полотенец, а более высокий унитаз позволяет легкое боковое перемещение с кресла-коляски.



РИСУНОК 27-18. Неглубокие выдвижные ящики делают всю утварь легко доступной из положения сидя.

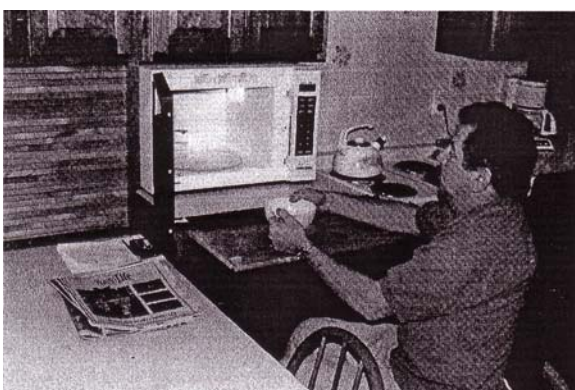


РИСУНОК 27-19. Размещение микроволновой печи позволяет доставать горячие блюда на разделочный стол, а затем с легкостью перемещать на стол обеденный.



РИСУНОК 27-20. Стол в комнате для стирки со срезанным углом позволяет легко проезжать в кресле, высота полки 32 дюйма, свободное пространство под ней облегчает доступ.

Клинический случай: изменение окружения при дефиците привычек

Мистер Битнер, 68-летний мужчина, страдающий деменцией типа Альцгеймера (DAT). Он представитель фармацевтической компании на пенсии. Вместе со своей женой Анной мистер Битнер получают большое удовольствие принимая членов семьи и гостей в своем доме. В настоящее время деменция мистера Битнера проявляется нарастанием потери памяти, что приводит к постоянным повторяющимся вопросам, которые он задает миссис Битнер, также отмечается затруднение концентрации внимания, потеря интереса ко многим видам деятельности, мистер Битнер избегает активностей, требующих социального участия, и помимо этого наблюдается постоянная ходьба. Миссис Битнер пыталась изменить домашнюю обстановку, в связи с новой привычкой мужа непрестанно бродить по дому, но две недели назад мистер Битнер получил двусторонний перелом Коля, споткнувшись о кофейный столик в гостиной. Эрготерапевт дал миссис Битнер рекомендации касательно ухода за ее мужем, а также снабдил ее информацией о программе дневного пребывания для людей с деменцией, в рамках которой ее мужу может быть предоставлено окружение с низким уровнем стимуляции, которое будет соответствовать его уровню функционирования. Кроме того, это позволит миссис Битнер отдыхать от его привычки задавать одни и те же вопросы и повторять фразы.

Предотвращение

Предотвращение выполнения или прогрессирования неправильного выполнения деятельности в данном окружении. Эрготерапевтическое вмешательство может предотвращать случаи выполнения деятельности или предотвращать формирование барьеров для выполнения активности в условиях данного контекста. Иногда эрготерапевт может предсказать негативное развитие событий, которое наступит, если не будет проведено определенное вмешательство. Эрготерапевты могут планировать вмешательство, направленное на самого человека, его контекст, переменные параметры задачи, чтобы изменить ход событий, это приводит к возрастанию функционального выполнения задач (Dunn et al., 1994, p. 606).

Клинические случаи: предотвращение развития дефицита навыков путем изменения требований со стороны окружения

Мистер Ибрагим, 72-летний мужчина, 30 лет страдающий ревматоидным артритом, и 10 лет диабетом второго типа, осложнившимся легким инсультом в правом каротидном бассейне. Его жена обеспокоена тем, как она может помочь мистеру Ибрагиму перемещаться в ванну. Он любит принимать ванну дважды в день, так как это облегчает боль в суставах. Эрготерапевт, работающий с ним на дому, рекомендует установить сиденье для ванны с пружинным механизмом, которое позволит мистеру Ибрагиму безопасно перемещаться в ванну, опускаться на ее дно, подниматься и выбираться из ванны, предотвращая риск падения (Рисунок 27-21).

Миссис Прескотт 51 год, у нее быстро прогрессирующая деменция неясной этиологии. Она была госпитализирована в отделение психиатрии после потери 30 фунтов в весе за 2 месяца, развития апраксии, препятствующей выполнению повседневной деятельности и чрезмерной лабильности. К моменту выписки она была неспособна самостоятельно одеться, не помнила, как пользоваться столовыми приборами и страдала недержанием. Члены ее семьи высказали желание заботиться о ней дома и наняли круглосуточную сиделку. Эрготерапевт встретился с семьей и сиделкой, чтобы показать принципы помощи, которую они могут оказывать, чтобы поддержать оставшиеся навыки миссис Прескотт, и предоставить необходимую поддержку сохранившимся возможностям. Эрготерапевт показал им видеозапись, демонстрирующую помощь, необходимую миссис

Прескотт во время приема пищи. Во время просмотра записи, эрготерапевт обращал внимание на низкий уровень вербальных подсказок, средний уровень жестовых подсказок и высокий уровень физической помощи (в виде физического направления движений и непосредственно помощи) тогда, когда эти подсказки или помощь имели место. Затем они обсуждали, как помогать миссис Прескотт, начиная от более незначительной помощи к более значимой, а также необходимость варьировать уровень помощи в зависимости от колебаний состояния миссис Прескотт и уровня выполнения задач в разные дни и неизбежность возрастания помощи по мере прогрессирования деменции. Эрготерапевт раздал каждому члену семьи и сиделки листы, в которых перечислялись виды помощи, в которой может нуждаться миссис Прескотт во время выполнения повседневных активностей, были даны объяснения по каждой из задач, а также ответы на вопросы. Хотя прогрессирующая утрата навыков миссис Прескотт не может быть предотвращена, соответствующий уровень подсказок со стороны социального окружения может замедлить утрату навыков (Rogers et al., 2000).



РИСУНОК 27-21. Механическое сиденье для ванны, оснащенное пружинным механизмом, которое можно опустить на дно ванны и поднять, приподнявшись, и в то же время, опираясь руками на края ванны.

Клинический случай: предотвращение развития дефицита привычек путем изменения требований со стороны окружения

Преподобный Тенгесдал, 83-летний старик с глубокой глухотой, которая незначительно корректируется путем использования слухового аппарата. Он служит пастором, отправляющим обряды на дому, в большой церкви и испытывает значительные затруднения, выслушивая своих больных прихожан, которых он навещает дома, а также ему сложно расслышать тихий голос своей жены. Не так давно он стал уклоняться от бесед, в которых участвует больше двух человек, из-за того, что он не может слышать. Его дочка, эрготерапевт, предложила ему использовать карманный усилитель речи с петлей магнитной ленты и встроенным микрофоном (Рисунок 27-22). Усилитель речи позволяет ему ясно слышать голос своей 50-летней новобрачной, также как и голоса своих прихожан, вне зависимости от того, беседует он с одним человеком или с группой.



РИСУНОК 27-22. Карманный усилитель речи оснащен петлей магнитной ленты, которую пользователь носит на шее, для усиления звука в слуховом аппарате, это значительно облегчает коммуникацию с социальным окружением.

Создание

Создание обстоятельств, способствующих более адаптивному/сложному выполнению задачи в данном контексте. Эрготерапевтическое вмешательство может быть направлено на создание обстоятельств, способствующих более адаптивному выполнению задачи в данном контексте. Это вмешательство не предполагает, что имеющееся или потенциальное ограничение возможностей ограничивает выполнение задачи. Вмешательство фокусируется на предоставлении возможностей приобретения более широкого опыта, касательно контекста и задач, что способствует выполнению деятельности (Dunn et al., 1994, p. 606).

Клинические случаи: создание окружения, способствующего поддержанию навыков

Мисс Йи-Сан – эрготерапевт в старинном учреждении длительного пребывания. Администрация учреждения обратилась к ней с просьбой создать безопасное окружение, в котором пациенты с деменцией могут бродить и прохаживаться, когда они становятся тревожными (Hall & Buckwalter, 1987). С помощью студентов, проходящих обучение на помощника эрготерапевта неподалеку от этого учреждения, она начала создавать отдельные места в коридоре, где обитатели учреждения могли остановиться и покрутить часовой механизм, подержать полотенце, рассортировать и сложить тяжелые пластиковые блюда, понаблюдать за рыбками в аквариуме, расположенном на уровне глаз, и взять что-нибудь из еды, которую едят руками. На улице в отгороженной зоне они построили высокие ящики для растений, за которыми можно ухаживать не наклоняясь, а также они поставили ограду в тех местах, где почва была неровной или были какие-то препятствия, которые могли увеличивать риск падения для обитателей учреждения (Рисунок 27-23). Весь персонал и жители учреждения получали большое удовольствие от времяпрепровождения в патио в погожие дни, создавая позитивную обстановку для всех.

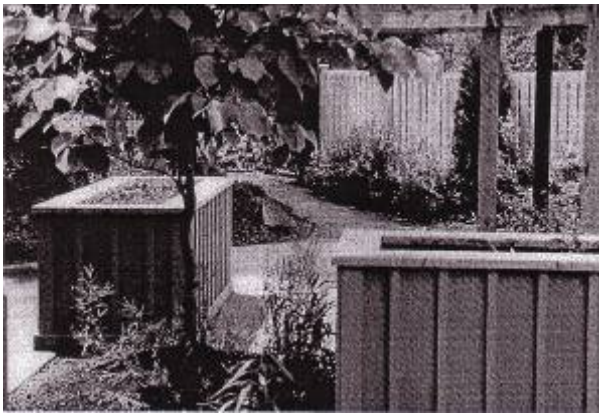


РИСУНОК 27-23. Дорожки для прогулок и ящики для растений, позволяют жителям дома сестринского ухода бродить и прогуливаться в безопасном и привлекательном окружении.

Клинический случай: создание окружения, способствующего поддержанию привычек

Мистер Джеки всегда любил проводить время вне дома. Несколько лет назад он начал заниматься садоводством и привык проводить около 2 часов каждое утро, ухаживая за своими овощами, цветами и карликовыми деревьями. Раньше он использовал рабочую скамеечку, на которую можно было сесть или встать на колени. Однако, он больше не может использовать скамейку из-за возросшего мышечного тонуса в нижних конечностях. Поэтому, его утренняя садовая рутина прекратила свое существование. Эрготерапевт рекомендовал поднять овощные и цветочные гряды (Рисунок 27-24), а также обнести оградой с выступами карликовые деревья для ухода за ними и выставления на показ.

Как видно из случаев с мисс Йи-Сан и мистера Джеки, отличительной особенностью создания окружения, в противоположность изменению окружения, является создание новых структур окружения или развитие нового социального окружения.



РИСУНОК 27-24. Высокие садовые гряды позволяют клиентам ухаживать за растениями в положении сидя.

Развитие/восстановление

Развитие/восстановление способностей клиента выполнять задачу в условиях данного контекста. Эрготерапевтическое вмешательство может быть направлено на развитие или восстановление способностей клиента к выполнению деятельности. Это выражается в идентификации навыков клиента и барьеров, препятствующих выполнению задачи, а также планировании вмешательства, которое улучшит навыки клиента и предоставит ему необходимый опыт (Dunn et al., 1994, p. 606).

Клинический случай: развитие/восстановление навыков для выполнения задачи в специфическом окружении

Миссис Кочински 86 лет. Она страдает деменцией в результате мультиинфарктного повреждения мозга и в настоящее время живет в центре для проживания с предоставлением помощи. Поскольку ей сложно находить свою комнату после еды и других занятий, эрготерапевт помог миссис Кочински повесить на дверь самые любимые фотографии, на которых сняты она и ее муж примерно в 1940 году, затем эрготерапевт научил ее находить дверь с ее фото после каждого приема пищи или занятий (Рисунок 27-25). За 3 дня был развит навык поиска пути для данного нового окружения.



РИСУНОК 27-25. Знакомые подсказки в новом окружении помогают обитателям дома сестринского ухода находить дорогу домой.

Клинический случай: развитие/восстановление привычек для выполнения задачи в условиях специфического окружения

Эндрю 13-летний подросток, с диагнозом синдрома дефицита внимания. У него своя отдельная комната, в которой находится письменный стол для занятий, но он быстро отвлекается и редко доделывает до конца свои домашние задания. Психолог Эндрю работает вместе с консультантом эрготерапевтом, которого попросили оценить Эндрю и дать рекомендации. Эрготерапевт рекомендовал следующее:

Со стола Эндрю должны быть убраны все посторонние предметы, кроме настольной лампы, а также все плакаты со стен вокруг стола, Эндрю должен заниматься в темной комнате, освещенной только настольной лампой, в это время на столе должны находиться только те предметы, которые необходимы для текущего задания. Эндрю должен носить телефон Walkman с плеером, который проигрывает «белый шум». Это будет способствовать уменьшению стимуляции со стороны окружения. Эндрю должен выполнять домашние задания в одно и то же время каждый вечер, и следовать тем же самым рутинам подготовки учебной обстановки до тех пор, пока не сформируется и не закрепится паттерн привычки.

Вмешательство прошло успешно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эрготерапевты являются экспертами в анализе природы несоответствующего выполнения задач при взаимодействии ЧЗО, что часто случается, когда клиенты вовлекаются в задачи, имеющие для них значение в условиях важного для них окружения. База знаний специалистов, берущая начало от биологических, физических, поведенческих наук и теории деятельности, дает им возможность планировать и претворять в жизнь эффективное и экономичное вмешательство, которое позволяет клиентам выполнять важные для них задачи безопасным, независимым и адекватным образом.

Алгоритм принятия клинического решения, представленный в данном разделе был разработан, чтобы помочь практикующим специалистам использовать нисходящий подход для оценки несоответствия в использовании навыков и привычек. Более того, тогда, когда мы должны достичь функциональных результатов, имея временные ограничения (Angelelli et al., 2000; Banja & DeJong, 2000; Christiansen, 1993, 1996; Cope & Sundance, 1995; Eastwood, 1999), мы рекомендуем использовать несколько компенсаторных контекстуальных стратегий вмешательства, выделенных Dunn et al. (1994), в качестве начального подхода для решения проблемы несоответствующего выполнения задач, а затем, в дополнение, применять восстановительные стратегии.

В приложениях содержится несколько перечней ресурсов. Это не просто списки источников информации, но примеры, позволяющие находить ресурсы эрготерапевтам и их клиентам. Эти приложения, подразумевающие стимуляцию процесса дальнейшего поиска ресурсов, содержат образцы категорий и примеров той информации, которая может быть доступна из частных или публичных источников. Вместе с алгоритмом принятия решения, приложения содержат ресурсы, касательно поддержки клиента, адаптации задачи и окружения, ресурсы, полезные для членов семьи клиентов, адвокатов, ухаживающих, работодателей, сотрудников и/или друзей в окружении клиента.

В заключение можно сказать, что алгоритм, представленный в этом разделе, демонстрирует, как пройти весь путь принятия решений, необходимых для того, чтобы клиенты могли достичь успешного взаимодействия ЧЗО. Следующие главы рассматривают разнообразие специфических стратегий вмешательства, способствующих социальному участию, улучшению навыков и возможностей, непосредственно или с использованием вспомогательных технических средств.