



М. Н. Мальцева
Н. П. Ванчакова
Е. В. Мельникова
А. А. Шмонин

Введение **В ЭРГОТЕРАПИЮ**

г. Москва
2020 г.

Авторы учебника:

Мальцева Мария Николаевна – к. т. н., д. в. н., доцент Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова, член Союза реабилитологов России, практикующий эрготерапевт, разработчик и преподаватель Пилотного проекта Министерства здравоохранения «Развитие медицинской реабилитации в Российской Федерации».

Ванчакова Нина Павловна – д. м. н., профессор Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова, заведующая кафедрой, преподаватель Пилотного проекта Министерства здравоохранения «Развитие медицинской реабилитации в Российской Федерации».

Мельникова Елена Валентиновна – д. м. н., профессор Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова, член президиума Союза реабилитологов России, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации, обладатель сертификата по физической и реабилитационной медицине Европейского союза медицинских специалистов (UEMS PRM Bord), разработчик и преподаватель Пилотного проекта Министерства здравоохранения «Развитие медицинской реабилитации в Российской Федерации».

Шмонин Алексей Андреевич – д. м. н., врач физической и реабилитационной медицины, невролог, доцент Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова, обладатель сертификата по физической и реабилитационной медицине Европейского союза медицинских специалистов (UEMS PRM Bord), разработчик и преподаватель Пилотного проекта Министерства здравоохранения «Развитие медицинской реабилитации в Российской Федерации».



ISBN 978-5-4386-1876-8

Содержание

Вступление.....	3
Введение. Знакомство с эрготерапией.....	3
Деятельность в эрготерапии.....	6
Деятельность, окружение и личность в эрготерапии.....	6
Работа эрготерапевта в мультидисциплинарной реабилитационной бригаде. Оценка повседневной деятельности пациента.....	9
Понятие повседневной деятельности.....	13
Примерное типичное распределение деятельности человека по мере развития и старения.....	16
Рутины и циклы жизни.....	20
Деятельность как инструмент вмешательства.....	22
Использование МКФ в работе эрготерапевта. Работа с МКФ в МДБ.....	23
Диагностика и структура вмешательства в эрготерапии.....	35
Диагностика (оценка) в эрготерапии. Международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности. Использование Канадской шкалы оценки деятельности.....	45
Канадская оценка выполнения деятельности или Канадская шкала оценки деятельности (COPM).....	52
Другие инструменты диагностики в эрготерапии.....	65
1. Поза пациента. Оценка.....	70
2. Уровень адаптации (стресса). Оценка.....	75
3. Возможности и уровень коммуникации, потребность в средствах альтернативной и дополнительной коммуникации.....	79
4. Боль, низкая толерантность к нагрузке, астения, другие нарушения функций, ограничивающие деятельность пациента.....	88
5. Ограничения и возможность необходимых и привычных видов деятельности.....	92
6. Качество навыка и привычки.....	92

7. Влияние среды на деятельность пациента.....	94
Обобщение диагностической информации. Метод деления диагностической информации на 4 блока.....	97
Направления вмешательств в эрготерапии.....	100
Специфика пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и черепно-мозговой травмой.....	101
Специфика пациентов с кардиологическими заболеваниями.....	113
Специфика пациентов с онкологическими заболеваниями.....	118
Пожилые пациенты и пациенты со снижением когнитии.....	120
Церебральный паралич у детей.....	133
Направление вмешательства — деятельность, связанная с самообслуживанием.....	143
Восстановление руки.....	168
Развитие возможностей руки с рождения.....	169
Захваты.....	171
Описание активностей руки при помощи МКФ.....	184
Развитие и деградация захватов с возрастом.....	186
Патологические и компенсирующие захваты.....	189
Опорная функция руки.....	190
Диагностика руки.....	191
Выбор стратегии адаптации или восстановления активности.....	201
Восстановление активностей руки.....	203
Сенсорное переобучение руки.....	210
Отдельные приемы при наличии когнитивных нарушений.....	214
Ортезирование.....	216
Подбор адаптивных устройств.....	217
Приложения:.....	222
Словарь терминов и сокращений:.....	228
Использованная литература:.....	230

ВСТУПЛЕНИЕ

Это пособие рассчитано на специалистов, имеющих базовую подготовку по эрготерапии, прошедших профессиональную переподготовку, имеющих также минимальные необходимые знания в области биомеханики, педагогики, психологии, социальной психологии, анатомии, физиологии, физической и реабилитационной медицины.

Пособие достаточно краткое и не содержит подробного описания работы с детьми, пациентами с психическими нарушениями, пациентами, получающими паллиативную помощь, пациентами с боковым амиотрофическим склерозом, спинальной травмой и генетическими заболеваниями, так как тактика подобных вмешательств требует отдельного пособия.

ВВЕДЕНИЕ. ЗНАКОМСТВО С ЭРГОТЕРАПИЕЙ

Эрготерапия — это лечение физических или психических нарушений путем использования специфически выбранной деятельности, с помощью которой человек может достичь максимального уровня функционирования во всех аспектах жизни. В России слово «лечение» традиционно предполагает использование лекарственных препаратов или хирургическое вмешательство. Такая модель болезни и здоровья предполагает, что здоровье — это отсутствие заболевания, а человек с устойчивыми проявлениями болезни — инвалид. Однако для реабилитации эта модель не подходит, потому что не каждый человек, которого вылечили, будет способен жить прежней жизнью, и не каждый человек, у которого есть заболевание, — инвалид.

На сегодняшний день в мире активно живут, работают и занимаются спортом люди, у которых ампутированы ноги или руки, имеются хронические заболевания и последствия травм. Чтобы учесть эти изменения была создана био-психо-социальная модель здоровья/инвалидности. Она учитывает то, что представления человека о здоровье — это его представления о возможной деятельности. «Я здоров, значит, я могу выполнять те активности, к которым привык.

Легко вставать с кровати, одеваться, обуваться, догнать автобус, играть с детьми и собакой и т. п.». Ограничения деятельности человек воспринимает как инвалидность, недееспособность, связанную с болезнью или наказанием. В этой модели и работают эрготерапевты, и когда мы говорим «лечение», то подразумеваем восстановление здоровья как возможности самостоятельно выполнять любую необходимую и желательную деятельность.

В настоящее время в Европе, Канаде и США эрготерапия — самостоятельная дисциплина, которой обучают 3–5 лет (в различных университетах) по программам бакалавриата и специалитета. Термин эрготерапия (occupational therapy) был принят впервые в 20-е годы XX века в США. Во многом это произошло благодаря Сьюзен Трейси и Элеанор Кларк Слегл, авторам первых программ обучения эрготерапевтов и руководств по эрготерапии для различных пациентов и их семей. Активное становление эрготерапии современного типа при поддержке правительства произошло в США и странах Центральной Европы после Первой Мировой войны. Катастрофическое сокращение популяции трудоспособных мужчин вызвало необходимость привлекать к труду инвалидов и, соответственно, уделить внимание их реабилитации. Однако начало профессии складывалось много ранее — еще в 1976 году Филипп Пинель прописывал легкую физическую нагрузку и посильный труд пациентам психиатрических лечебниц.

Далее эрготерапия начинает активно развиваться во всех странах мира под разными названиями, переводящимися как терапия трудом, делом или занятиями. В 1915 году в Чикаго создается первое учебное заведение для обучения эрготерапевтов и созданы несколько руководств по терапии занятостью. С этого момента эрготерапия начинает активней применяться не только для больных психическими и нервными расстройствами, но и для восстановления больных, перенесших «удар», травмы головы, имеющих увечья.

В Российской империи также развивалась и использовалась эрготерапия. Например, в 1860 году при содействии губернатора

А. А. Арцимовича в г. Самара на частные пожертвования было построено первое лечебное учреждение для психически нездоровых людей. В отчете за 1896 год находим упоминание о наличии в больнице библиотеки, музыкальных инструментов (гармоники, балалайки, гитары), игр (шашки, карты). В воскресенье и праздничные дни для больных устраивались нехитрые развлечения: зимой — катальные горы, летом — гуляния, игры в лапту, «гигантские шаги», качели и др. Основным видом лечения была терапия различными занятиями. В 1889 г. на территории больницы организовали опытное поле. В зимнее время больные ухаживали за цветами в оранжерее. Позже появились специальные мастерские: столярная, портняжная, сапожная, корзиночная и др.

На территории СССР трудотерапия постепенно выродилась из терапии деятельности, интересной и нужной пациенту в соответствии с его запросами, в принудительный стандартизированный труд. В лучшем случае пациенту предлагался выбор из двух видов деятельности. К 80 годам к такого рода трудотерапии добавились элементы дефектологии, и пациентам, вне зависимости от возраста, стали предлагать в качестве реабилитации собирать детские пирамидки и складывать мозаику. Эти «технологии» применялись с абстрактной целью «улучшить мелкую моторику». Смысл эрготерапии был утрачен, эффективность — близка к нулю. В результате такой «реабилитации» пациент занимал свое время, но так и не научался надевать трусы, застегивать рубашку, чистить зубы или готовить себе обед.

Термин occupational — переводится как занятость. Однако занятость в современной эрготерапии не равна трудотерапии в отечественном понимании. Занятость в эрготерапии — не только труд на рабочем месте, это работа для поддержания жизни и достоинства, занятие любимым делом, учеба и отдых. Все эти виды деятельности эрготерапевты считают одинаково важными для психического и физического здоровья человека, и все эти виды деятельности могут быть использованы для терапевтических (реабилитационных) целей.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЭРГОТЕРАПИИ

Суть использования целенаправленной деятельности для реабилитации заключается в следующем. Во-первых, в процессе выполнения привычных, осмысленных и востребованных действий, пациент восстанавливает навыки самообслуживания, работы или иных необходимых ему занятий. Во-вторых, такая деятельность способствует восстановлению функций организма. Например, восстанавливая навыки мытья посуды или рук, пациент и восстановит необходимый в быту навык, и улучшит двигательные и чувствительные функции кисти. В-третьих, получив возможность заниматься привычным делом в стационаре, пациент отвлекается от мыслей о болезни.

Эрготерапия не является разновидностью лечебной физкультуры, психологической или педагогической методикой, но сочетает в себе элементы многих необходимых для работы с пациентом дисциплин. Эрготерапия — междисциплинарная методика с единой идеологией, в центре которой потребности пациента быть активным, функциональным, приспособленным и удовлетворенным жизнью.

Цель эрготерапевта — не сделать человека абстрактно здоровым, не выявить и вылечить отдельные нарушения, о которых он, возможно, и не знал, и совершенно не беспокоился. Цель эрготерапевта — решить те проблемы деятельности, которые беспокоят пациента, мешают его приспособлению, выполнению нужной ему деятельности и комфортному проживанию в привычной среде.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОКРУЖЕНИЕ И ЛИЧНОСТЬ В ЭРГОТЕРАПИИ

Эрготерапевт — специалист, который помогает пациенту быть максимально самостоятельным и возвращает его к привычному укладу жизни, несмотря на ограничения функционирования (двигательные, когнитивные и т. п.). Для достижения цели он оценивает деятельность (активность и участие) пациента, оценивает среду окружения, разрабатывает план эрготерапевти-

ческого вмешательства, вовлекает пациента в терапевтическую деятельность, способствует восстановлению функций и (или) приспособлению к дисфункциям, адаптирует среду окружения, в рамках своей задачи подбирает технические средства реабилитации. Этих целей невозможно достичь, не делая интересы пациента и сотрудничество с ним центральной точкой работы. Поэтому эрготерапия является пациент-центрированной методикой.

Пациент эрготерапевта — не пассивный получатель реабилитационных услуг, а активный участник процесса, сотрудник реабилитационной бригады и инструмент эрготерапии. Для эрготерапевта любой пациент — маленький ребенок, взрослый, пожилой с любыми формами когнитивных и иных нарушений — является личностью. Для личности характерно такое свойство, как духовность или осознанность.

Из этой концепции вытекают следующие утверждения эрготерапевтов:

- Людям свойственно быть активными;
- Каждый человек уникален;
- У каждого человека есть способность делать выбор и достигать изменений;
- Каждый человек может участвовать в какой-либо деятельности;
- Человек влияет на окружение и изменяется под действием окружения.

С этими утверждениями связаны утверждения для деятельности (активностей) человека. Деятельность:

- Придает смысл жизни;
- Важная часть здоровья и жизни человека;
- Организует поведение человека;
- Развивается и меняется со временем;
- Зависит от окружения и влияет на окружение;
- Обладает терапевтическим эффектом.

Так как личность и ее деятельность связаны с окружением, то

эрготерапевты определили, что является окружением пациента. Окружение — это понятие, включающее в себя культурный, социальный, физический, институциональный компоненты. (Семья, коллеги, соседи, друзья, социальный слой, национальная принадлежность, место проживания, структура медицинской и социальной помощи и образования, транспорт, работа, школа и т. п.). Таким образом, для эрготерапевта выбор, организация и получение удовлетворения от деятельности зависят от взаимоотношений между личностью и ее окружением.

Эрготерапевт никогда не будет рассматривать деятельность в отрыве от личности и окружения, окружение (факторы среды) — в отрыве от деятельности и личности. Это положение можно проиллюстрировать простым примером: мы не можем сказать, что нам удобно сидеть на стуле, если его не видели и не попробовали посидеть. Также мы не можем сказать, хорош ли этот стул, если на нем не сидели. Таким образом, среда (стул) неотрывен в оценке от деятельности (сидеть), а еще на оценку повлияют наши привычки и предпочтения по отношению к самому стулу и способу сидения на нем.

Ведущая роль потребностей пациента в процессе реабилитации или абилитации отражена и в шкалах эрготерапевтической оценки. Наиболее используемая в эрготерапии Канадская шкала оценки деятельности (COPM) представляет собой полуструктурированное интервью, посредством которого сам пациент может определять проблемы повседневной деятельности и оценивать свой уровень функционирования (в рамках возможной коммуникации).

Шкала оценивает отдельно выполнение деятельности, удовлетворение от выполнения и важность разных видов деятельности для клиента. Оцениваемая деятельность подразделяется на самообслуживание, продуктивную деятельность и досуг. К самообслуживанию относятся: гигиенический и другой уход за собой; результативная мобильность; уборка среды проживания; адаптация среды проживания своими силами; социальное общение (участие в жизни общества, общение

с друзьями). К продуктивной деятельности относят любую осознанную деятельность, приносящую результаты, удовлетворяющие личность. Это может быть работа, оплачиваемая или волонтерская, ведение домашнего хозяйства, обучение, игра. К понятию досуг относят — спокойный отдых (чтение книг, настольные игры), активную рекреацию (не спорт, умеренные физические нагрузки, прогулки), социализацию (знакомства, дружба, общение). Таким образом, эрготерапевт может оценить все нарушения деятельности во всех значимых для клиента областях жизни. Это дает возможность сконцентрироваться на той проблеме, которая более всего волнует пациента, к тому же пациент изначально вовлекается в процесс как активный участник.

Также эрготерапевт может проводить тестирование отдельных видов деятельности и дисфункций, которые препятствуют выполнению деятельности. При работе эрготерапевта в лечебном учреждении такая оценка проводится дважды, на первый и второй день. Результаты оценки суммируются. Такой подход дает возможность более объективно оценить проблему, так как в первый день оценки пациент может не выполнять деятельность из-за стресса, острой боли или иных причин, но выполнит на следующий день. И наоборот, на второй день после тестирования, например, движения в суставах боль может усилиться, и оценка ухудшится. В некоторых случаях, например при работе с детьми, при снижении когнитивных функций или психическом расстройстве, эрготерапевт использует для оценки наблюдения за свободной деятельностью пациента.

РАБОТА ЭРГОТЕРАПЕВТА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ БРИГАДЕ. ОЦЕНКА ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТА

В рамках медицинской реабилитации в России, эрготерапевт — член мультидисциплинарной бригады специалистов по реабилитации. Он активно сотрудничает со всеми специалистами,

участвующими в реабилитации пациента. Успешному сотрудничеству способствует междисциплинарность знаний эрготерапевта и то, что в эрготерапии используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Работая в рамках мультидисциплинарной бригады, эрготерапевт является тем специалистом, который в наибольшем объеме оценивает факторы среды и участие по МКФ.

Специалист по эрготерапии обязан проводить вмешательства с учетом всего получаемого пациентом лечения и манипуляций, соответственно, он должен быть в курсе всех назначений и режима дня пациента или клиента. Эрготерапевт может решать как общие задачи нормализации жизни пациента во всех аспектах, так и сконцентрироваться на узком виде деятельности, например проблемах коммуникации или проблемах функционирования кисти.

Международная и отечественная практика применения эрготерапии показывает ее функциональность на всех этапах реабилитации от палат реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) до амбулаторной. В ПРИТ эрготерапевт занимается сенсорной стимуляцией и профилактикой сенсорной депривации, а также переключением пациента на доступную ему продуктивную активность. В отделении ранней реабилитации и на втором этапе реабилитации эрготерапевт занимается восстановлением повседневной деятельности, включая самообслуживание, или адаптацией пациента к имеющимся дисфункциям. В амбулаторной практике эрготерапевт восстанавливает домашнюю или трудовую деятельность пациента, участвует в подборе технических средств реабилитации и помогает модифицировать среду окружения, если она имеет характер барьера для деятельности пациента.

К профессиональным задачам эрготерапевта в МДБ относятся также: получение от пациента запроса на решение его проблемы; структурирование запроса и соединение запроса с задачами реабилитации. Зачем это нужно? С одной стороны, пациент-центрированная стратегия повышает эффективность

реабилитации и удовлетворенность ее качеством у пациента. С другой стороны, российский пациент привык к пассивной роли пациента — «доктору лучше знать, что со мной делать», поэтому стандартная западная модель, где пациент оплачивает свое лечение и имеет заранее определенные запросы, для России не очень успешна. В этой ситуации именно эрготерапевт имеет компетенции для выяснения запроса пациента и перевода его в более структурированную и понятную задачу для работы.

Пациент-центрированная практика — это не «клиент всегда прав», но помощь, основанная на запросах пациента. Реализация запросов пациента делает пациента активным мотивированным участником процесса реабилитации, а не пассивным получателем помощи. Пациент, который участвует в постановке цели, разделяет ответственность за свое здоровье с командой специалистов по реабилитации. Иначе даже самая лучшая цель, навязанная извне, воспринимается как «бросай курить» или «перестань это есть, тебе надо худеть».

Рассмотрим ситуацию на типичных примерах.

1. Пациент хочет невозможного, например «ходить» при сильном парезе обеих ног.
2. Пациенту нужно тренировать речь и толерантность к нагрузке, а он не хочет, раз не сможет «ходить».
3. Пациент не хочет использовать ТСР.
4. Пациент получил помощь на высшем уровне, но жалуется, что врачи ничем не помогли, раз он не смог «ходить».

Возможности эрготерапевта:

1. Уточнить запрос от «хочу ходить» до «хочу гулять с внуками в парке по выходным» методом структурированного интервью по COPM (Канадская шкала оценки деятельности).

В процессе интервью запрос уточняется, чтобы его решить (Куда ходить? Зачем ходить? С кем ходить?). Выбранная активность оценивается по трем параметрам: «важность», «выполнение», «удовлетворенность» — от 1 балла до 10. Это помогает самому пациенту определить, насколько ему ценна деятельность и как он относится к ее выполнению.

2. Получить запрос на другие виды активностей.

Для прогулок в парке с внуками нужно также одеваться, обуваться, разговаривать и выдерживать определенную нагрузку. Эрготерапевт уточняет дополнительные активности, стараясь совместить их с задачами реабилитации, полученными от команды. В этом случае пациент будет работать над проблемами, но в соответствии со своим же запросом.

3. Адаптировать деятельность, включив ТСП, в соответствии с конечным запросом пациента.

Гулять с внуками можно используя коляску, внукам может понравиться ездить у дедушки на коленях по парку. Пока что он сможет катать их по коридору или во дворе больницы. Это решение может быть временным, курс реабилитации может улучшить ходьбу, и пациент сможет отказаться от коляски, когда сочтет нужным.

4. Если запрос был выведен правильно, то пациент доволен лечением, так как именно ЕГО цель и была достигнута.

Данный пациент гулял с внуками, используя коляску, первые два года. После нескольких курсов реабилитации передвигается с опорной тростью по большинству поверхностей, коляску использует без смущения в особых случаях перемещения.

Приведенный пример не означает, что эрготерапевт вправе навязать своему пациенту какой-либо род деятельности. В какой бы структуре ни работал эрготерапевт, он всегда следует основной профессиональной концепции, гласящей, что пациент выбирает деятельность сам. В вышеуказанном примере пациенту в процессе беседы были предложены различные варианты детализации его собственного желания, из этих вариантов пациент выбрал то, что ему подошло наилучшим образом. В то же время эрготерапевт получил возможность совместить задачи реабилитации и пожелания пациента.

Пример может быть и другим. Рассмотрим разных пациентов, у которых есть одно-единственное пожелание — ловить рыбу удочкой. При этом одному пациенту необходимо восстанавливать паретичную руку после инсульта, у другого — атаксия руки,

у третьего — парез правой ноги. Используя ведущую мотивацию пациента «ловить рыбу», эрготерапевт предложит первому изготавливать блёсны и снаряжать удочку, для второго — подберет утяжелители на руку и предложит такую же активность (изготовление блёсен). С третьим пациентом будет тренировать перемещение и удобные позы, с учетом специфики маршрута и места рыбной ловли.

ПОНЯТИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Повседневная деятельность — это все, что может делать здоровый человек в нормальных условиях жизни. Вся деятельность человека неразрывно связана с его эволюцией, анатомией и психофизиологией. Собственно, специфичная деятельность человека является следствием того, что он разумен, социален, использует речь, использует вертикальное положение тела, перемещается на двух ногах и активно манипулирует двумя руками. Деятельность человека развивается и усложняется по мере взросления, развития и достижения им пика физической и интеллектуальной формы, а затем упрощается, по мере старения и утраты физических и психических возможностей. Существует определенная взаимосвязь — человек развивает деятельность, которая входит в привычку, а деятельность поддерживает функционирование человека на определенном уровне.

Если же деятельность по любым причинам невозможна, то функции, которые обеспечивали эту деятельность, угасают. Характерным примером являются люди, вышедшие на пенсию и не имеющие замещающей деятельности и хобби. Через 2–3 года этот пенсионер теряет заметную часть когнитивных и двигательных возможностей, а также толерантность к физической и когнитивной нагрузке. Такой же пенсионер, который на пенсии имеет хобби, занимается внуками или волонтерской работой, получает новые навыки, сохраняет физические и когнитивные способности долго и на высоком уровне.

Эрготерапия использует знания о деятельности человека для диагностики, профилактики и восстановления возможностей

пациента, чья деятельность была ограничена из-за болезни, травмы или нарушений развития. Эрготерапевт — это специалист, восстанавливающий повседневную деятельность (активность и участие) пациента до максимально возможного и востребованного уровня независимости в жизни. Причем это относится не только к трудовым и гигиеническим навыкам, но и к хобби, обучению и всем сферам деятельности, которые важны для пациента. Для этого эрготерапевт оценивает возможности и ограничения деятельности пациента. Оценивает и все факторы, влияющие на качество деятельности, — в первую очередь факторы среды, личностные факторы, а также факторы здоровья (структуры и функции).

Деятельность человека может подразделяться на: активность повседневной жизни, в которую входит персональная активность и инструментальная активность; продуктивную деятельность, куда входит работа, обучение, игра; отдых и досуг. Следует обратить внимание на то, что активность не аналогична функции с похожим названием. Так, например, функция речи не аналогична активности «общаться» или «говорить».

Персональная активность — это все виды деятельности, касающиеся ухода за собой и перемещения, такие как:

- Прием пищи
- Контролирование функций мочевого пузыря и кишечника
- Посещение туалета
- Прием ванны/душа
- Перемещение
- Личная гигиена
- Уход за собой (бритье, причесывание, макияж, уход за ногтями)
- Уход за вспомогательными приспособлениями
- Сексуальная активность
- Сон/отдых
- Общение

Инструментальная активность — это все виды деятельности, необходимые в повседневной жизни, такие как:

- Приготовление пищи
- Уборка
- Покупки
- Забота о других людях
- Воспитание детей
- Забота о домашних животных
- Использование коммуникативных приспособлений
- Пользование транспортными средствами
- Управление финансами
- Поддержание здоровья
- Ведение домашнего хозяйства
- Забота о безопасности

К категории «продуктивная деятельность» относятся:

- Работа оплачиваемая
- Работа волонтерская
- Обучение
- Игра

Зачем реабилитологу знать о видах и типах повседневной деятельности здорового человека?

Задача эрготерапевта в процессе реабилитации пациента — восстановить и (или) развить естественные виды активностей и участия в максимально возможном объеме. При этом активности должны соответствовать возрасту и развитию ребенка или взрослого. Не менее важная задача — поддерживать имеющиеся активности в максимально возможном естественном объеме. Если же восстановление невозможно, необходимо адаптировать активности к нарушениям у пациента в максимально возможном естественном объеме.

Для решения этих задач эрготерапевту необходимо знать о всех видах активностей и уметь их сопоставлять с актуальными возможностями пациента. Также эрготерапевт, работающий

в реабилитационной команде, должен быть в курсе лекарственной терапии, получаемой пациентом, так как этот фактор среды существенно влияет и изменяет тип активностей человека. Например, назначение транквилизаторов или снотворных может сделать невозможным реализацию активностей из группы «активный досуг и отдых», может существенно затормозить активности, связанные с перемещением, самообслуживанием.

С другой стороны, существуют препараты, способные увеличить как общую активность и мотивированность к движению, так и способствовать более продолжительной реализации активностей по перемещению, самообслуживанию, персональных и инструментальных активностей, связанных с использованием рук. Безусловно, эрготерапевт должен учитывать и использовать возможности различных препаратов ускорять и потенцировать реабилитацию, купировать боли, ограничивающие движение, хоть и не является специалистом, назначающим лекарственную терапию.

В эрготерапии существует также важное для практической работы понятие жизненного цикла. Это распределение активности и участия в зависимости от возраста в период от рождения и до конца жизни. Эрготерапевту необходимо учитывать изменения жизненного цикла, так как деятельность человека существенно изменяется с возрастом и подход к оценке и восстановлению одних и тех же активностей пациента 14 лет, 40 лет и 70 лет будет различаться.

ПРИМЕРНОЕ ТИПИЧНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПО МЕРЕ РАЗВИТИЯ И СТАРЕНИЯ

Деятельность или активности повседневной жизни от рождения до 1 года: сон, кормление (питание) грудью или из бутылочки, питье из стакана и еда ложкой с помощью взрослого, игра с собственным телом (развитие персональной мобильности), изучение окружающих предметов, используя ручки и рот, игра с предметами в пределах дотягивания (тренировки и совершенствование

захватов), игра со взрослыми («коза», «ладушки», «рожицы») как игра и первая коммуникация.

Деятельность в период от 1 до 3 лет. Ребенок учится контролировать естественные отправления, учится самостоятельно есть ложкой и вилкой, с помощью взрослого может одеваться, раздеваться, купаться, с подсказкой может собрать свои игрушки. Умывание и другие гигиенические активности развиваются более как элемент игры. Игровые активности в этом возрасте включают: игры в песочнице, собирание конструкции из двух или трех частей, игры с игрушками, которые можно толкать или катить за собой. Ребенок учится рисовать, рассматривает книжки с картинками, слушает истории, смотрит мультфильмы. Во всех активностях появляются две важные компоненты — выбор активности и выполнение активности, в зависимости от условий.

Деятельность в 3–5 лет. Ребенок начинает самостоятельно контролировать естественные отправления, раздевается и одевается самостоятельно, может вымыть руки и лицо, почистить зубы, но нуждается в подсказках и контроле со стороны взрослых. К пяти годам может выполнять простые поручения по дому: застилать постель, накрывать на стол, покормить домашних животных, поливать цветы. Большой объем активностей приходится на игры: бег, прыжки, метание предметов, игры со сверстниками и взрослыми, рисование, раскрашивание, работа с ножницами, ролевые игры, игры, имитирующие действия взрослых.

Деятельность в 5–11 лет. Постепенное увеличение независимости в самообслуживании, уход за ногтями, полное мытье головы, полное причесывание, выбор одежды, соответствующей времени года и случаю, использование телефона и других средств связи по назначению, приготовление простейшей пищи, самостоятельное перемещение, пользование транспортом, манипуляции с деньгами, покупки, уборка своей комнаты, разделение обязанностей по дому с родными. Игровая и досуговая деятельность включает игры, требующие физической активности, рисование, игру в куклы, ролевые игры, просмотр

телепередач, компьютерные игры, групповые игры, спорт, чтение, музыку, танцы, участие в семейном отдыхе, походы в музеи, театры. Появляется такой вид деятельности как обучение, куда входят: обучение чтению, обучение письму, простые математические операции, начальные познания в естественных науках и истории. По мере взросления появляются активности: планирование дня, следование инструкциям, выполнение заданий согласно существующим стандартам, принятие авторитета учителя, первые идеи о будущей профессии.

Деятельность в 11–18 лет. Появляется обретение независимости в самообслуживании. Значительно усложняется уход за собой, появляются сложные активности, требующие обучения и достаточно развитых психомоторных функций (уход за лицом и телом, макияж, бритье, причёсывание, выбор одежды). Развивается независимость в перемещениях с использованием разных видов транспорта, использование возможностей коммуникации: телефон, почта, e-mail, интернет. Появляются активности по регулированию расходов, возрастает ответственность в выполнении домашней работы. Развивается активность по планированию времени. Усложняется структура активностей группы «обучение» — появляется сложный анализ и синтез полученных при обучении знаний (в том числе абстрактных), возрастает объем информации для самостоятельного изучения, увеличивается количество дисциплин для изучения. Появляется выбор будущей профессии. Игры, досуг и отдых занимают важную часть времени. К этой деятельности относятся: активные игры и досуг со сверстниками и самостоятельно, спокойный отдых (чтение, музыка, интеллектуальные игры), компьютерные игры, хобби, общение в группах сверстников по интересам, сексуальные эксперименты как элемент социальной коммуникации.

В 18–25 лет к базовой деятельности относятся: жизнь независимо от родителей, ведение домашнего хозяйства, ведение бюджета, забота о своем здоровье, вступление в семейную жизнь и забота о супруге и детях, покупка жилья и ремонт, покупка и ремонт автомобиля. Работа и обучение включают в себя: практический

выбор профессии, обучение в учебном заведении, начало профессиональной деятельности. Досуг и отдых включают в себя: спорт, танцы, музыку в качестве участника и зрителя; активное общение с людьми (формирование жизненных целей, ценностей и приоритетов); формирование круга общения.

Деятельность от 25 до 35 лет включает в себя: регулирование финансов и планирование будущих вложений, увеличение количества инструментальных активностей по мере увеличения семьи, заботу о детях и партнере. Также имеется работа с выбором более узкой сферы деятельности, карьерный рост. Досуг и отдых включают в себя: спортивные, танцевальные, музыкальные мероприятия, где возможно участие в качестве исполнителя или зрителя, активное общение с людьми.

С 35 до 50 лет в повседневных активностях появляется увеличение заботы о своем внешнем облике, поддержание своего здоровья. В продуктивной деятельности чаще всего появляется приобретение роли наставника, для женщин — возвращение к труду после материнства. Досуговая деятельность смещается в сторону досуга в кругу семьи, приобретения новых хобби.

В активности повседневной жизни от 50 до 65 лет привносятся: забота о внуках, смена жилья. Продуктивная активность изменяется в сторону наставничества на работе, планирования ухода на пенсию и ухода на пенсию. Значительно изменяется досуг: уменьшаются отдельные виды активного отдыха, увеличивается количество времени для хобби и активного отдыха после ухода на пенсию.

Существенно меняется вся структура активностей жизни от 65 лет и старше. Отношение к деятельности меняется. Рутинная работа по хозяйству может рассматриваться как способ проведения досуга. В этот период активность повседневной жизни дает чувство стабильности и нужности. На выполнение всех активностей требуется больше времени и сил. Изменяются повседневные привычки, постепенно возрастает зависимость от внешней помощи. Изменяется и продуктивная деятельность, происходит завершение оплачиваемой трудовой деятельности,

появляется возможность волонтерской работы. Досуговая деятельность трансформируется в спокойный отдых, участие в общественных, политических и религиозных группах. Также происходит уменьшение круга друзей, постепенное ограничение видов проведения досуга.

Весь жизненный цикл и все виды активности и участия реализуются в среде окружения и под влиянием личностных факторов. Среда окружения и личностные факторы формируют и изменяют активность и участие. К среде окружения относятся: климат, ландшафт, архитектура, планировка помещений, мебель, приборы, одежда, социальное устройство, финансовая составляющая, поведение (установки) родственников, коллег, соседей, друзей, общества в целом, государственное устройство и институты, религиозные и иные установки, установки и отношение социальных, медицинских работников и т. п. Личностные факторы — это опыт, образование, религиозные и общественные убеждения, установки на взаимоотношения, привычки, мотивация и т. п.

Эрготерапевту важно понимать, что:

- *Вся деятельность человека является активностью и (или) участием.*
- *На деятельность человека влияют его личностные установки.*
- *Деятельность может быть выполнена самостоятельно или с помощью (физической, психологической или при использовании технических средств реабилитации или адаптации).*

РУТИНЫ И ЦИКЛЫ ЖИЗНИ

Помимо вышеперечисленного, очень важным для эрготерапевта является понятие жизненных рутин или рутинных активностей повседневной жизни. На долю рутинных активностей приходится до 80 процентов повседневных навыков. Эти виды деятельности мы выполняем не задумываясь и действуя по

привычке. Набор рутинных активностей организует наш дневной, недельный, сезонный и годовой цикл жизни. Принято считать, что мы выполняем различные действия в связи с временем дня или днем недели. Однако в большинстве случаев ситуация обратная — мы определяем отрезок дня по тому, завтракаем ли мы, собираем детей в школу или выводим на прогулку собаку, если эти занятия входят в ежедневную рутину.

Ярким примером тому является «потеря даты» у человека, ушедшего в отпуск. Если человек заболевает и у него исчезают привычные рутины, он также теряет контроль за ритмом жизни в течение дня и недели. Дети с врожденными нарушениями развития, не посещающие школу или детский сад, не получают дополнительного инструмента фиксации времени дня или дня недели, и это отрицательно сказывается на становлении функции определения времени. Соответственно, одна из задач эрготерапевта — создание или восстановление рутины для пациента. При восстановлении или создании рутин эрготерапевт должен иметь в виду, что у человека существует суточная занятость, недельная занятость, годовичная занятость.

Суточная занятость — это распорядок повседневных активностей пациента с утра до вечера. Поддержание стандартного распорядка дня для пациента, не включенного в общественную жизнь, — это необходимый компонент поддержания активностей. Наличие распорядка задает ритм жизни, снижает тревогу, снижает уровень стресса, поддерживает когнитивные функции.

Недельная занятость — это чередование повседневных активностей в течение недели, с учетом смысловой нагрузки дней стандартной недели. Приверженность к стандартной недельной занятости снижает уровень личной и социальной дезадаптации у пациента и родственников. Выходные дни должны быть у пациента и в процессе реабилитации!

Годичная (сезонная) занятость — это чередование повседневных активностей в течение года, с учетом смены времен года, праздников и стандартной занятости человека сходного возраста и социального класса без ограничений жизнедеятельности.

Смена деятельности в связи со сменой времен года необходима для поддержания внутреннего чувства времени.

Во всех случаях восстановления рутины нужно исходить из привычек, интересов и потребностей пациента, ориентируясь на перечень «стандартных активностей» только для того, чтобы не забыть выявить какую-либо важную активность.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ИНСТРУМЕНТ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Деятельность является важнейшим инструментом эрготерапии. Эрготерапевт использует ее для достижения различных целей. **Во-первых, определенная деятельность (активность) сама по себе может являться целью вмешательства.** Например, целью может быть освоение какой-то игры или усложнение игры у ребенка 4–6 лет со спастическим тетрапарезом. Другой подобный пример — освоение навыка использования смартфона или электронной книги для пожилого больного после инсульта с ограничением диапазона движения правой руки. Или обучение пожилого пациента, ограниченного в коммуникации и социальных связях после инсульта, использованию социальных сетей.

Во-вторых, активность может использоваться как форма вмешательства. То есть, используя определенную деятельность, эрготерапевт стимулирует развитие или восстановление определенных функций тела. Например, ребенку со спастическим гемипарезом можно предложить играть в такие игрушки, которые будут стимулировать развитие билатеральных навыков, то есть будут стимулировать использование обеих рук во время игры. Взрослому пациенту с умеренным парезом левой руки предложить бытовое действие, при котором необходимо использовать левую руку для поддержки, прижимания или удержания предмета, например смена постельного белья или надевание брюк.

В-третьих, активность является и методом оценки возможностей клиента. В этом случае пациенту предлагают какую-либо активность, которая имеет для него смысл, и он знает,

как она выполняется. Например, предложить приготовить бутерброд или предложить ребенку знакомую интересную игру. Наблюдая за тем, как он выполняет этот вид деятельности, мы сможем судить о позе, которую он выберет, способности перемещаться в пространстве, его двигательных способностях, например координации, силе и выносливости. Кроме этого, мы сможем сделать выводы о взаимосвязи его двигательных возможностей (захват предмета, подъем, скорость и последовательность движений) с планированием действий (способность начать выполнение задания, поиск необходимых предметов, последовательность и логика действий в процессе выполнения задачи).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В РАБОТЕ ЭРГОТЕРАПЕВТА. РАБОТА С МКФ В МДБ

Эрготерапевты обязаны владеть навыками анализа активности и участия, анализа факторов среды и личностных факторов.

Ранее упоминалось, что в медицинской реабилитации в Российской Федерации эрготерапевт работает в составе мультидисциплинарной бригады специалистов, использующих Международную классификацию функционирования и ограничений жизнедеятельности (МКФ). В МДБ входят в обязательном порядке врач физической реабилитационной медицины, реабилитационная медицинская сестра, медицинский психолог, физический терапевт, эрготерапевт, логопед.

В рамках мультидисциплинарной бригады основная задача эрготерапевта — провести оценку, подробную и качественную, деятельности пациента и его среды, сообщить свою специальную информацию коллегам в письменной и устной форме, обсуждать проблемы пациента и совместно формировать реабилитационный диагноз пациента и все необходимые рекомендации как специалистам, так и пациенту, и его родственникам. Для формулировки своей части реабилитационного диагноза эрготерапевт использует преимущественно такие разделы МКФ, как «активность и участие» — отображающие возможности

и проблемы в повседневной деятельности пациента. В области оценки эрготерапевта находятся такие классификаторы активности и участия, как «капацитет» («реализация деятельности самостоятельно») и «реализация деятельности с помощью». Эти классификаторы помогают связывать «активность и участие» с «факторами контекста», так как факторы контекста существенно влияют на реализацию активности и участия. Соответственно, это будут и личностные факторы (характер, мотивация, привычки), и факторы окружающей среды.

Правильная часть реабилитационного диагноза от эрготерапевта должна содержать ответы на вопросы: каким образом и какую активность и участие пациента необходимо изменить для улучшения его качества жизни? Какие факторы среды влияют на качество активности и участия? Каким образом необходимо изменить факторы среды для улучшения качества жизни пациента?

Ответы на эти вопросы являются не только рабочей задачей для эрготерапевта, но и дают больше информации о пациенте и его возможностях другим специалистам мультидисциплинарной бригады. В этом случае мультидисциплинарное обсуждение с участием эрготерапевта является действенным инструментом реабилитации. Знания эрготерапевта помогут бригаде поставить функциональные цели реабилитации — как краткосрочные, так и долгосрочные. Из всех членов МДБ эрготерапевт имеет больше знаний и умений для работы с повседневной деятельностью, поэтому поставить цель, опирающуюся на конкретные активности пациента, ему проще, чем другим специалистам.

Клинический случай:

Пациент: мужчина, 67 лет, работающий.

Клинической диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне ПСМА от 12.11.2016 (атеротромботический вариант). Диагноз установлен по результатам обследования в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи для больных с ОНМК.

Неврологический статус при поступлении был представлен слабостью нижней порции мимической мускулатуры справа и правосторонним центральным гемипарезом до 1 балла в руке и 3 баллов в ноге с повышением тонуса по пирамидному типу.

Пациент был осмотрен в реанимации и на отделении ранней реабилитации мультидисциплинарной реабилитационной командой, в состав которой входят врач невролог, психолог, эрготерапевт, методист ЛФК, медицинская сестра и логопед. Речевых нарушений не выявлено. По результатам осмотра составлен реабилитационный диагноз в категориях МКФ (*таблица 2*) и проведена оценка по шкалам (*таблица 1*).

Долгосрочная цель реабилитации: восстановление полной независимости в повседневной жизни и возвращение на работу через 3 месяца. Цель на период госпитализации на первом этапе: восстановление возможности ходьбы с тростью и самообслуживания (приготовление пищи, одевание/раздевание, уход за собой) к двадцать первому дню.

На момент перевода в отделение ранней реабилитации имел двигательные нарушения — парез в правой ноге 3 балла проксимально и 3 дистально, парез 1 балл проксимально и 1 балл дистально в правой руке. По сравнению с оценкой двигательных нарушений, произведенной в реанимационном отделении, у пациента имеется динамика восстановления силы в руке с уровня полной пlegии и поверхностной чувствительности с 25 до 60%. У пациента имеется боль в правом плече, обусловленная сублюксацией плечевого сустава и артрозом.

Задачами реабилитации были: восстановление двигательных функций правой ноги и руки, восстановление активностей повседневной жизни, таких как: полноценное перемещение в кровати, присаживание и удерживание позы сидя, использование вспомогательных средств (адаптированные приборы) и средств технической реабилитации (ходунков), вставание, хождение в туалет и к умывальнику, использование туалета с полным комплексом гигиенических процедур и необходимой мобильности, одевание и раздевание верхней и нижней половины туловища,

обувание, использование предметов первой необходимости, расположенных в тумбочке и на тумбочке, прием пищи и питья, расчесывание, умывание, использование мобильного телефона и планшета, письмо.

Для достижения этих задач пациенту было необходимо выполнять комплекс пассивных упражнений и активные упражнения с методистом по лечебной физкультуре, а также тренировать бытовые и гигиенические навыки с эрготерапевтом. Однако возникло объективное препятствие в виде усиливающихся при любом движении болей в плече. Пациент избегал использовать руку, даже в доступном объеме легких движений кистью и при фиксации плеча. Все бытовые задачи выполнял здоровой рукой. Наличие болей снижало у пациента мотивацию не только к выполнению движений пораженной рукой, но и к любой двигательной активности. В результате пациент предпочитал лежать и двигался только по настоянию и под присмотром специалистов по реабилитации и врачей, а также постоянно был готов к конфликтам с персоналом. Ситуация осложнялась тем, что боль в руке ограничивала и восстановление ходьбы, пациенту было больно вставать и изменять позу, тренировать опору на пораженную руку, пациент отказывался выполнять рекомендации персонала, свой отказ выражал в агрессивной форме.

Такие ситуации являются распространенными для пациентов, перенесших ОНМК, и если задачу активизации не удастся решить в первые дни после развития пареза, то здоровая рука становится «гиперактивной», т. е. полностью замещает функции пораженной конечности. При этом потенциал восстановления двигательных возможностей пораженной руки снижается ежедневно. К тому же, если двигательные возможности не восстанавливаются, боли в плече становятся хроническими или нарастают, возможно также усиление механических повреждений сустава плеча из-за неправильной биомеханики движений.

Существуют рекомендации по ранней реабилитации руки и профилактике хронизации боли. Коротко эти рекомендации

можно описать как триаду «ортез — обезболивание — максимальная активность руки». Пациенту необходимо подобрать плечевой ортез, фиксирующий сустав, но не ограничивающий двигательные возможности, подобрать обезболивающий препарат и разработать программу восстановления, включающую в себя тренировку силы и выносливости, восстановления растяжения и сокращения мышц в виде активной и пассивной гимнастики, восстановления чувствительности, с одновременным использованием руки в привычных пациенту и востребованных навыках по самообслуживанию и, при возможности, хобби. Очень важно включать руку в самообслуживание одновременно с другими реабилитационными вмешательствами.

В нашем случае пациенту был подобран эластичный плечевой ортез и препарат из группы НПВС по 100 мг дважды в день. Уже в первые сутки приема пациент без отторжения начал выполнять упражнения, назначенные специалистом по лечебной физкультуре. На вторые сутки стали возможны занятия по восстановлению мануальных бытовых навыков, тренировке опоры на руку, дотягивания, стереогнозиса. Пациент начал сотрудничать, появилась мотивация к восстановлению, интерес к жизни, уходу за собой и использованию руки в бытовых ситуациях. Интересно то, что на вторые сутки снизилась тяжесть пареза в руке до 2 баллов, что вызывает предположение о влиянии боли на предшествующую оценку пареза. В течение 7 дней пациент принимал препарат НПВС и активно участвовал в двигательной реабилитации, выполняя не только упражнения, но и активно используя руку в бытовых ситуациях, таких как прием пищи, уборка постели, умывание, одевание, иные гигиенические процедуры, использование ходунков, использование личных предметов, чтение, письмо (разгадывание кроссвордов), использование планшета.

Также проводились занятия в кабинете эрготерапии — пациент приготавливал простые блюда, мыл посуду, использовал бытовую технику и мелкий строительный инструмент. Подбором плечевого ортеза в данном случае занимался эрготерапевт,

так как ортез был наиболее востребован для использования руки в повседневной деятельности. После отмены препарата пациент сохранил двигательную активность и мотивацию, продолжал выполнять данные ему рекомендации и задания. За последующие 7 дней лечения и реабилитации жалоб на боли в плече не было. За это время сила в руке выросла до 4 баллов и полностью восстановилась поверхностная чувствительность. Также благодаря тренировкам и активной ходьбе в возникающих бытовых ситуациях выросла сила в ноге до 4 баллов.

Повседневные жизненные активности пациента были восстановлены до уровня самообслуживания с минимальной помощью, пациент может посещать туалет, обеспечить повседневную гигиену, приготовить пищу, ухаживать за домом, ходить с тростью на расстояние не менее 500 метров, подниматься и спускаться по лестнице. По результатам итоговой оценки ограничений и возможностей пациента, он был переведен на реабилитацию 3 этапа.

Таблица 1. Оценка по шкалам

Шкалы:			Оценка при поступлении	Оценка при выписке
Модифицированная шкала Ренкин			4	3
NIHSS			8	4
Модифициро- ванная шкала Ашфорта	R	Рука проксимально	1	1
		Рука дистально	1	1
	L	Рука проксимально	0	0
		Рука дистально	0	0
	R	Нога проксимально	1	1
		Нога дистально	1	1
	L	Нога проксимально	0	0
		Нога дистально	0	0
Индекс Хаузера			9	4
Индекс мобильности Ривермид			2	14

Шкала комитета медицинских исследований (MRC)	R	Рука проксимально	1	4
		Рука дистально	1	4
	L	Рука проксимально	5	5
		Рука дистально	5	5
	R	Нога проксимально	3	4
		Нога дистально	3	4
	L	Нога проксимально	5	5
		Нога дистально	5	5
Монреальская шкала когнитивного статуса			28	30
ВАШ состояние здоровья (по мнению пациента)			20	70
ВАШ боли в плече			8	1
HADS тревога			5	4
HADS депрессия			7	6

Таблица 2. Реабилитационный диагноз в категориях МКФ

Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что МДБ имеет в виду	Специалист МДБ, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определитель)
d4500.44 Ходьба на короткие расстояния	Вставание, хождение в туалет и к умывальнику без опоры	Методист ЛФК	Обучение правильному алгоритму ходьбы без опоры	d4500.23
d465.44 Передвижение с использованием технических средств	Ходьба с тростью	Методист ЛФК	Обучить правильному хождению с тростью на расстояние не менее 500 метров	d465.00

Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что МДБ имеет в виду	Специалист МДБ, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определитель)
d4103.34 Изменение позы при положении сидя	Полноценное перемещение в кровати	Методист ЛФК	Обучение правильному принятию положения сидя	d4103.00
d4153.23 Нахождение в положении сидя	Присаживание и удержание позы сидя	Методист ЛФК	Тренировка длительного нахождения в положении сидя	d4153.00
d445.34 Использование кисти и руки	Пораженная рука – синдром неиспользования руки	Эрготерапевт	Тренировка опоры на руку, дотягивания, стереогнозиса, тренировка использования руки в бытовых ситуациях, таких как: прием пищи, уборка постели, умывание, одевание, иные гигиенические процедуры, использование ходунков, использование личных предметов, чтение, письмо (разгадывание кроссвордов), использование планшета	d445.12
d445.11 Использование кисти и руки	«Гиперактивная» здоровая рука	Эрготерапия	Ограничить использование здоровой руки	d445.00

Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что МДБ имеет в виду	Специалист МДБ, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определитель)
d530.34 Физиологические отправления	Использование туалета с полным комплексом гигиенических процедур и необходимой мобильности	Эрготерапевт	Обучение пациента алгоритму посещения туалета, отказ от подгузников, которые были предложены пациенту в реабилитационном отделении	d530.12
d540.03 Одевание	Одевание и раздевание верхней и нижней половины туловища, обувание	Эрготерапевт	Обучение пациента алгоритму одевания одежды и обуви	d540.01
d5100.34 Мытье частей тела	Расчесывание, умывание и чистка зубов	Эрготерапевт, медицинская сестра	Обучение пациента алгоритму чистки зубов, расчесывания и умывания	d5100.00
d550.02 Прием пищи	Прием пищи и питье	Эрготерапевт, медицинская сестра	Обучение приему пищи и питью на начальном этапе реабилитации при наличии пареза	d550.00
d560.02 Питье				d560.00
d630.44 Приготовление пищи	Приготовление простых блюд, чтобы пациент мог самостоятельно оставаться дома	Эрготерапевт	Занятия в кабинете эрготерапии – пациент готовит простые блюда, моет посуду, использует бытовую технику	d630.02

Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что МДБ имеет в виду	Специалист МДБ, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определитель)
d650.44 Забота о домашнем имуществе	Тренировка навыков работы с инструментами для ремонта	Эрготерапевт	Тренировка навыков работы с инструментами для ремонта (мелкий строительный инструмент)	d650.23
d360.42 Использование средств связи и техники общения	Использование мобильного телефона и планшета	Эрготерапевт, медицинская сестра	Использование разговора по телефону как деятельности в клинике и поддержание общения с внешним миром посредством использования планшета	d360.01
e1151.0 Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования	Плечевой ортез, фиксирующий сустав, но не ограничивающий двигательные возможности	Эрготерапевт	Подобрать плечевой ортез	e1151.+4
e1101.0 Лекарственные вещества	Препарат из группы НПВС нимесулид (Нимесил)	Невролог	Короткий курс по 100 мг дважды в день в течение 7 дней	e1101.+4

Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что МДБ имеет в виду	Специалист МДБ, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определитель)
e1101.0 Лекарственные вещества	Вторичная профилактика	Невролог	Подбор вторичной профилактики в соответствии с патогенетическим вариантом – атеротромботический инсульт (ацетилсалициловая кислота, статины и антигипертензивной терапии)	e1101.+4
e1250.0 Основные средства и технологии коммуникации	Планшетный компьютер и мобильный телефон	Эрготерапевт, медицинская сестра	Договоренность с родственниками принести компьютер и телефон	e1250.+4
e1501.-1 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства доступа к внутренним удобствам в зданиях для общественного пользования	Тумбочка, использование предметов первой необходимости, расположенных в тумбочке и на тумбочке	Эрготерапевт		e1501.+4
b7302.3 Сила мышц одной стороны тела	Гемипарез 3 балла	Методист ЛФК, невролог	Проведение активной и пассивной гимнастики	b7302.1

Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что МДБ имеет в виду	Специалист МДБ, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определитель)
b7352.1 Тонус мышц одной стороны тела	Пирамидный легкий тонус	Методист ЛФК, невролог	Проведение активной и пассивной гимнастики	b7352.1
b7150.2 Стабильность одного сустава		Методист ЛФК	Комплекс пассивных упражнений	b7150.1
b28014.3 Боль в верхней конечности*	Боль в плече из-за сублиуксации и неиспользования руки после развития пареза на фоне дегенеративных процессов в суставе	Невролог	НПВС, физиотерапия, рефлексотерапия	b28014.0
b7603.4 Опорные функции руки или ноги	Опора на пораженную руку	Методист ЛФК	Тренировка опоры на руку	b7603.2
S110.2 Структуры головного мозга	Очаг небольшого размера, по данным КТ	Невролог	—	S110.2
S7201.2 Суставы плечевого пояса	Артроз и сублиуксация плечевого сустава	Невролог	Рентгенография плечевого сустава в двух проекциях, ортез	S7201.2

Жирным шрифтом выделены домены, по которым удалось достичь улучшения.

* – ключевая проблема реабилитации пациента, решение которой позволило получить улучшение по большинству проблем, ограничивающих функционирование и независимость нашего пациента.

ДИАГНОСТИКА И СТРУКТУРА ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЭРГОТЕРАПИИ

Вмешательство в эрготерапии — это термин, определяющий процессы и методы, используемые практикующими эрготерапевтами для того, чтобы помочь пациентам (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 участие в жизни общества.

Эрготерапевтическое вмешательство может проводиться в медицинском или социальном учреждении, на дому, в образовательном учреждении. Формы и методы вмешательства будут меняться в зависимости от типа нарушения или заболевания (структур и функций тела), формальных требований учреждения, экономических ресурсов, пространства и его оборудования или заполнения предметами, вовлеченных в реабилитацию или уход людей (факторов среды), мотивации, убеждений и интересов пациента (персональных факторов).

Процесс вмешательства всегда включает процесс оценки. Оценка является подготовкой к вмешательству и, по сути, является началом вмешательства. Например, в процессе общения с клиентом и выявления его потребностей (например, с использованием Канадской шкалы оценки деятельности) эрготерапевт устанавливает доверительный контакт и помогает структурировать запрос на работу с ограничениями деятельности, так как не каждый пациент в состоянии перейти от запроса «хочу быть здоровым» к выделению конкретной проблемы.

Выявление потребностей клиента. Практикующие эрготерапевты планируют и проводят вмешательство с учетом того, что пациент — человек с определенным опытом жизни, привычками к деятельности, ценностями и интересами. Цели вмешательства выбираются путем систематического интервьюирования клиента и его близких об ограничениях деятельности клиента, неадекватном ее выполнении и рисках, при этом возникающих. Эта информация дает понять, на чем должно сосредоточиться

внимание эрготерапевта при постановке задач и планировании вмешательства.

Эрготерапевт не имеет права навязывать пациенту свои цели или предлагать некие абстрактные «типовые» цели реабилитации. Навязывание или «стандартизация» цели не совмещаются с основной идеологией эрготерапии. Даже когда речь идет о ребенке или когнитивно сниженном клиенте, не способном озвучить запрос, эрготерапевт обязан максимально учитывать интересы, предпочтения и индивидуальную мотивацию пациента.

Для выявления проблем и возможностей деятельности эрготерапевты оценивают выполнение конкретных видов деятельности, учитывая выявленные ранее проблемы здоровья, заболевания и нарушения. Кроме оценки действительного уровня выполнения активности пациентом, эрготерапевты должны оценить контекст, в котором пациент живет и работает, требования к данной активности и специфические особенности пациента (такие как сила, координация, двигательные, когнитивные функции, которые могут влиять на выполнение деятельности). Для эрготерапевтов также важна адекватность взаимодействия между человеком и его окружением и то, как это взаимодействие влияет на способность пациента жить привычной жизнью.

Используя МКФ, 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 пациентом.

Очень важно то, что такой анализ выявляет не только проблемы, но и возможности пациента, это может стать ресурсом при восстановлении жизнедеятельности. Например, увлечение пациентки с парезом руки бисероплетением может дать мотивацию при восстановлении работы руки, кроме того, у пациентки

имеются тренированные мышцы руки и пальцев и высокий уровень концентрации внимания.

Диагностика — очень важная часть эрготерапевтической программы. Она не может быть формальной (оценили по шкалам на входе и выходе для фиксации в дневниках). Также эрготерапевт не может использовать результаты диагностики других специалистов как основу для проведения своего вмешательства, он обязательно проводит диагностику сам. Вмешательство начинается с диагностики (оценки), далее следует само вмешательство, далее — опять оценка, снова вмешательство, и так до конца программы. Эрготерапевты постоянно чередуют процессы оценки и вмешательства. Для этого существуют несколько веских причин:

1. Вмешательство необходимо для более полного изучения потенциальных возможностей выполнения деятельности. Например, к эрготерапевту может быть направлен пациент с парезом ноги и руки, которому необходимо использовать вспомогательные технические средства для приготовления пищи. Во время проведения начальной оценки эрготерапевт замечает, что пациент носит небезопасную обувь, которая делает ходьбу неустойчивой и чреватой риском падения. Эрготерапевт переключается на вмешательство, направленное на подбор обуви, обеспечивающей безопасную ходьбу, и только после этого переходит к дальнейшей оценке, касающейся вспомогательных технических средств для работы на кухне. Без предварительной самостоятельной диагностики эта проблема пациента была бы не решена.

2. После оценки больше внимания будет уделяться предотвращению дальнейшей утраты функций.

Примером этого может быть изготовление защитного ортеза для пациента, восстанавливающегося после перелома запястья, или фиксация паретичного плеча с целью предотвращения травмы, прежде чем начать работать над проблемами надевания одежды и приготовления пищи. Без предварительной диагностики при восстановлении навыков самообслуживания пациент может повредить плечо.

3. Новые результаты диагностики (оценки) выполнения деятельности подсказывают, что необходимо продолжить обследование деятельности или среды.

Например, эрготерапевт, работающий с детьми, замечает, что ребенок способен начать общение со сверстниками 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.

Другой пример — пациент с инсультом, которому необходимо научиться вновь выходить на улицу. Для этого необходимо перейти от ходьбы с ходунками к опоре на трость, чтобы спуск по лестнице был более удобен. В процессе выясняется, что пациент нуждается в отдыхе на лестничной площадке из-за сниженной толерантности к физической нагрузке. Для этого нужно провести дополнительную оценку и провести вмешательство по изменению среды — поставить табурет, раскладной стул или откидное сиденье на площадке лестницы по пути следования пациента.

Разработка плана вмешательства. Хорошо составленный план вмешательства включает в себя два компонента: предполагаемый результат и методы, которые эрготерапевт и пациент будут использовать для достижения этого результата. Определение предполагаемого результата необходимо для того, чтобы эрготерапевт и пациент (и его родственники, если они участвуют в процессе) ясно представляли себе цель вмешательства.

Результаты должны соответствовать следующим критериям постановки целей реабилитации:

- Соотноиться 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.

Эрготерапевт обязан записывать ожидаемые результаты вмешательства, хотя форма ведения документации может быть различной в зависимости от требований работодателя. В плане вмешательства описываются 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 фактов, которые подкрепляют данные, полученные эрготерапевтом в процессе оценки, и объясняют выбор методов вмешательства. Записанные задачи должны соотноситься с целью, так как задачи и составляют план достижения цели вмешательства.

Вмешательство проводится после того, как эрготерапевт и пациент совместно поставили цель и достигли согласия по поводу применяемых методов. Задачи вмешательства могут касаться навыков или привычек выполнения активности, а также могут сосредоточиться на требованиях к деятельности (структуре, последовательности, скорости и т. п.), или на контексте ее выполнения. На практике чаще всего ставится несколько задач одновременно.

Характеристики вмешательства:

- *Естественность:* что представляет собой вмешательство, приспособляющие упражнения или естественную (рутинную) деятельность пациента?
- *Цель и важность:* кто определяет цель и важность активности — эрготерапевт («Делайте это, потому что для вас это полезно») или пациент («Это то, что я хочу делать, либо мне нужно это делать для моего удобства»)?
- *Направленность вмешательства:* подразумевает ли активность восстановление или улучшение каких-либо

функций организма (таких, как движение, память, внимание и т. п.), или она направлена непосредственно на улучшение выполнения деятельности?

Начинающие эрготерапевты часто испытывают проблемы с выбором вмешательства, потому что перед ними множество факторов, которые нужно рассмотреть. Это и разнообразные проблемы деятельности пациента, и нарушенные функции, и невысокая мотивация к реабилитации и т. п.

В такой ситуации проще и эффективней сосредоточиться на деятельности, имеющей наибольшую важность для пациента. Часто наилучшим выходом будет начало работы непосредственно над проблемами выполнения деятельности и методическое использование этих наиболее важных видов деятельности в процессе реабилитации — эрготерапии.

Например, пытаясь помочь ребенку с нарушениями развития научиться есть в социально приемлемой манере, эрготерапевт может сконцентрировать свои усилия на активности повседневной жизни «прием пищи в общественном месте», а не на эмоциональных или когнитивных функциях ребенка. Он может уделять внимание навыкам, например обучая ребенка доносить пищу до рта, правильно используя столовые приборы.

При удачном обучении этим навыкам эмоциональное состояние ребенка улучшится, так как он будет испытывать меньший стресс и получать пищу быстрее. Также автоматически вырабатывается и социальный компонент навыка — «аккуратно есть при посторонних». 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.

При аналогичной работе с постинсультным пациентом можно сосредоточиться на адаптации столовых приборов или на изменении алгоритма употребления пищи (маленькие кусочки, мелкие глотки, глотки на счет, запивание жидкостью). Или

на адаптации одежды (ношение при себе салфетки). А также на комплексе этих мер с дополнением друг друга.

Эрготерапевт может изменить требования к активности, попросив родственника пациента предлагать только один вид пищи за раз. Или он может усилить социальные требования к активности, когда пациент должен есть в ресторане или при гостях.

При этом эрготерапевт обратит внимание на особенности пациента, выявленные при диагностике. К примеру, если пациент возбудим и сильно реагирует на окружающие раздражители, но не имеет существенных проблем с жеванием, дополнительной задачей в плане вмешательства будет добавление пищи, требующей жевания, в качестве проприоцептивной стимуляции, которая будет оказывать тормозящий эффект на центральную нервную систему.

Использование естественных видов деятельности в качестве вмешательства очень продуктивно, так как пациенты понимают смысл и ощущают пользу своих действий, что, в свою очередь, способствует развитию или восстановлению не только деятельности, но и адекватных самоощущений в жизни. Для такой работы специалист должен тщательно анализировать и ранжировать естественную активность пациента.

Эрготерапевт также должен сотрудничать с пациентом, создавая обстоятельства, которые позволят активности происходить в наиболее естественных условиях. Для организации такого вмешательства может потребоваться принести знакомые бытовые предметы (одежду, посуду, игрушки и т. п.), продукты и инструменты из дома, с работы или из школы. При использовании такого подхода пациент постепенно развивает или восстанавливает желаемые навыки бытового функционирования путем постепенного вовлечения в привычную деятельность или деятельность по возрасту (для ребенка, проходящего абилитацию).

Если пациент существенно и стойко инвалидизирован, восстановление привычных (естественных) активностей может быть невозможным. В этом случае пациента необходимо обучить новым или адаптированным видам деятельности. Иногда

пациент 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. Тогда пациент не будет бояться неудачи, поскольку у него нет представления о собственном уровне компетентности в этой новой деятельности. Например, вместо вышивания гладью можно предложить шитье бисером или лентами, а после успешного восстановления пальцевых захватов вернуться к тренировке привычного вида деятельности.

Вне зависимости от направленности, любое вмешательство всегда должно иметь конкретную и достижимую цель. Цель вмешательства в эрготерапии формулируется как: «К такому-то времени пациент может выполнять такое-то действие при таких-то условиях». Например, через 2 месяца Иван Петрович самостоятельно совершает нужные ему покупки в ближайшем магазине. Или — через неделю Петр Иванович, сидя в кровати, съедает обед, используя адаптированную посуду, под наблюдением сиделки. Таким образом, цель описывает определенную активность, условия выполнения и время достижения.

Выбор вмешательства определяется тем, насколько оно может помочь пациенту достичь определенного результата в деятельности, которая для него важна. Деятельность выбирается таким образом, чтобы она имела смысл и ценность для данного пациента и могла быть использована для достижения специфических задач реабилитации, таких как улучшение захватов рукой, чувствительности рук, концентрации внимания, координации движений или социальных навыков.

В отличие от цели реабилитации, задачи описывают не результат, а процесс достижения цели. Поэтому задачи могут описывать проблему, такую как «координация движений», или же описывать часть вмешательства — «тренировка надевания брюк».

Целенаправленная активность отличается от упражнений тем, что связана с основными интересами пациента и способствует

достижению специфических для него результатов. Выполняя упражнения без очевидной практической цели, пациент будет менее мотивирован, будет больше думать о своей неспособности. Кроме того, целевой уровень организации двигательного акта включает большее количество цепочек психомоторного контроля и регуляции, следовательно, тренировка будет более эффективной.

Помимо деятельности и целенаправленной активности, эрготерапевты используют в своей практике подготовительные и вспомогательные методики. Специалисты используют подготовительные методики, чтобы облегчить выполнение нужной активности. Подготовительные и вспомогательные методики стимулируют или поддерживают отдельные двигательные, чувствительные или когнитивные функции, непосредственно перед тем как пациент будет вовлечен в активность.

Например, пациенту с неглектом делают массаж игнорируемой руки, перед тем как тренировать навык умывания. Или клиенту со сниженной поверхностной чувствительностью руки проводят температурный тренинг перед тем, как тренировать навык надевания футболки. 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. Изолированные упражнения, например для тренировки точности движений, также относят к подготовительным и вспомогательным методикам и могут быть использованы эрготерапевтами.

Тем не менее подготовительные и вспомогательные методики для эрготерапевта — это всегда лишь 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. Отдельные когнитивные

и двигательные навыки, не тренированные в условиях решения настоящей жизненной задачи, не становятся навыками повседневной жизни.

Для примера можно привести обучение вождению автомобиля на тренажере. Каким бы прекрасным водителем в условиях тренажера ни был человек, он не сможет сесть за руль и поехать по настоящей улице в городе.

Во-вторых, постоянное использование деятельности или целенаправленной активности облегчает для клиента и других заинтересованных сторон понимание воздействия эрготерапии на состояние здоровья. Любому человеку и без специального образования будут заметны изменения, сначала в уровне самообслуживания, а затем и на уровне функций тела. А следовательно, у пациента и его родственников будет поддерживаться приверженность к реабилитации, и качество восстановления будет лучше.

Практикующие специалисты отслеживают изменения в состоянии функционирования пациента в ответ на вмешательство во время всего эрготерапевтического процесса. Эрготерапевтам необходимо систематически оценивать прогресс в достижении результатов и при необходимости видоизменять вмешательство. Изменения могут заключаться в усложнении деятельности или снижении уровня адаптации среды, либо самой активности пациента. Например, за неделю тренировок пациент с парезом руки стал уверенно и быстро есть утолщенной ложкой, крепко удерживая захват. Эрготерапевт должен оценить новые возможности в сторону снижения толщины рукоятки и возможного возврата к приему пищи обычной ложкой.

По мере достижения одних целей могут появиться новые, и это нормальное течение процесса эрготерапии. Например, достигнув цели «через неделю пациент самостоятельно ест, сидя в кровати», появляется ресурс достижения цели «через 10 дней пациент самостоятельно ест, сидя на краю кровати, свесив ноги».

Некоторые пациенты могут реагировать на вмешательство не так, как планировалось, и это ведет к изменению подходов.

При наличии сомнений лучше скорректировать цель, чем стремиться к поставленной, игнорируя невозможность ее достижения. В какой-то момент пациент достигает цели (желаемого уровня выполнения деятельности), или становится очевидно, что продолжение терапии не эффективно. В этот момент процесс эрготерапии необходимо прекратить.

Иногда случается так, что пациент сам прерывает процесс, или у него нет достаточных ресурсов для продолжения вмешательства. В последнем случае эрготерапевт должен попытаться найти альтернативные пути для удовлетворения потребностей клиента, который хочет продолжать занятия, если это возможно. Например, при невозможности посещать реабилитационный центр эрготерапевт может рекомендовать выполнять дома определенные виды активностей, которые смогут поддерживать функции пациента на достаточно высоком уровне.

ДИАГНОСТИКА (ОЦЕНКА) В ЭРГОТЕРАПИИ. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАНАДСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Диагностика в эрготерапии — необходимая и очень объемная часть работы специалиста. Процесс диагностики можно охарактеризовать как сбор различных сведений о различных аспектах состояния здоровья пациента. С учетом необходимости восстанавливать жизнедеятельность пациента, специалист должен получить данные не только и не столько о биологических (физиологических) проблемах пациента, но и о социальных, средовых, психологических факторах, оказывающих влияние на выполнение деятельности пациента. Причем для успеха реабилитации будут важны сведения не только о проблемах, но и о возможностях пациента, так как это будет влиять на потенциал реабилитации.

Эрготерапевты активно используют Международную классификацию функционирования и ограничений жизнедеятельности

(МКФ), так как это необходимое условие для составления единого реабилитационного профиля пациента, получающего реабилитацию. Это условие — не простая формальность, МКФ является прекрасным инструментом для описания взаимосвязей всех компонентов здоровья человека — физиологических, психологических, социальных, личностных и др. Терминология МКФ легко переводится на «язык эрготерапии». Деятельностью в МКФ называются активность и участие. Активность — это выполнение задачи или действия индивидом. Участие — это выполнение жизненной задачи в обществе (т. е. в присутствии других людей или для других людей). Среда — это факторы контекста, которые могут помогать или препятствовать, будут влиять на активность и участие. Личностные особенности пациента в МКФ — персональные факторы. В официальном русском переводе МКФ существуют термины «реализация» и «капаситет».

«Реализация» — это реализация активности и участия в актуальной среде проживания пациента. Актуальная среда подразумевает социальный контекст, поэтому деятельность также можно понимать как «вовлеченность в жизненную ситуацию» или «опыт, проживаемый людьми» в реальном контексте их жизни. Этот контекст включает факторы среды — все аспекты физического и социального окружения, а также социальные установки, которые возможно закодировать, используя классификатор «Факторы окружающей среды». Классификатор реализации деятельности определяет степень трудности выполнения чего-либо для респондента, учитывая, что респондент выполняет это добровольно.

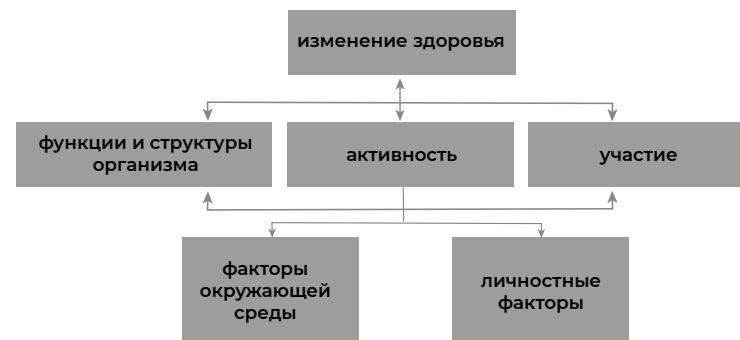
«Кapasитет» — это потенциальная способность реализовать активность и участие в «нормальной» или среднестатистической среде. Под посторонней помощью имеется в виду помощь другого лица, или специально созданные и приспособленные для человека инструменты, или транспорт, или любая форма модификации пространства (комнаты, дома, рабочего места и т. д.). Уровень возможностей следует оценивать относительно того, что в обычных условиях можно было бы ожидать от данного

человека, или же относительно возможностей человека до того, как состояние его здоровья стало таким, каковым оно являлось на момент оценки.

Для того чтобы лучше понять разницу между «реализацией» и «капаситетом» можно представить себе пациента, перемещающегося с использованием ходунков после инсульта или травмы. Такой вид участия, как посещение почтового отделения с использованием ходунков, будет относиться к классификации «реализация». Чтобы представить себе возможность этой же деятельности в классификации «капаситет», нужно мысленно «отнять» у пациента ходунки и понять, сможет ли он дойти до почты.

Разделение деятельности на «реализацию» и «капаситет» и оценка деятельности в двух классификаторах удобна для того, чтобы понять, какие технические средства реабилитации пациенту понадобятся в обычных условиях жизни и насколько пациент будет ограничен в повседневной жизни без адаптации среды и помощи других людей. Также информация о разнице между качеством функционирования в форме реализации капаситета дает специалисту представление о направлении вмешательства.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья



Используя терминологию МКФ, можно сказать, что задача эрготерапевта — составить профиль жизнедеятельности пациента, описав в первую очередь активность, участие, среду и личностные факторы пациента, а при необходимости еще функции и структуры. Эрготерапевт может использовать МКФ по-разному. Можно использовать структуру МКФ как подсказку (план) при описании проблем своими словами. Можно использовать домены сами по себе для составления профиля и использовать цифры для описания тяжести проблемы. Также можно использовать смешанные варианты — дополняя развернутыми комментариями профиль по МКФ.

В любом случае эрготерапевт должен использовать МКФ. Во-первых, это необходимое формальное требование к работе любого специалиста МДБ. Во-вторых, если у эрготерапевта нет сложностей с ранжированием и оценкой деятельности и пониманием взаимосвязей между деятельностью, средой и функциями, то МКФ он использует без особых проблем. В-третьих, если проблемы с использованием МКФ есть, это повод критически оценить свои знания в области оценки жизнедеятельности и устранить пробелы.

Эрготерапевту в его работе важно и полезно то, что Международная классификация функционирования, кроме разделов, классифицирующих нарушенные структуры и функции пациента, содержит девять основных разделов, классифицирующих жизнедеятельность человека.

1. ОБУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ (использование зрения, слуха и других сенсорных систем при обучении, усвоение практических навыков, а также счета и письма, решение жизненных проблем, применение знаний, концентрация внимания и практическое мышление).

2. ОБЩИЕ ЗАДАЧИ И ТРЕБОВАНИЯ (выполнение отдельных или многоплановых задач, организация распорядка жизни и преодоление стресса).

3. ОБЩЕНИЕ (различные формы коммуникации, вербальной, невербальной и альтернативной).

4. МОБИЛЬНОСТЬ (движение, изменения положения тела или перемещения с одного места на другое; перенос, перемещение или манипуляции объектами; ходьба, бег, преодоление препятствий и использование различных видов транспорта).

5. САМООБСЛУЖИВАНИЕ (забота о себе, мытье и вытирание, уход за своим телом и его частями, одевание, прием пищи и питья, забота о своем здоровье).

6. БЫТОВАЯ ЖИЗНЬ (занятия бытовой и повседневной деятельностью, выполнение связанных с этим задач. Бытовые сферы жизни включают поиск и обеспечение жильем, продовольствием, одеждой и другими потребностями; уборку и ремонт жилья, заботу о личном и другом домашнем имуществе и помощь другим).

7. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ОТНОШЕНИЯ (выполнение действий и требований базисных и комплексных взаимодействий с людьми (незнакомыми, друзьями, близкими, членами семьи и возлюбленными) в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме).

8. ГЛАВНЫЕ СФЕРЫ ЖИЗНИ (осуществление и выполнение задач и действий, требуемых в процессе работы, занятости, экономических взаимоотношений и при получении образования).

9. ЖИЗНЬ В СООБЩЕСТВАХ, ОБЩЕСТВЕННАЯ И ГРАЖДАНСКАЯ ЖИЗНЬ (действия и задачи, которые требуются, чтобы заниматься организованной общественной жизнью за пределами семьи, включаться в жизнь отдельных сообществ, всего общества и в гражданские сферы жизни).

Жизнедеятельность (активность и участие) можно ранжировать по 5-балльной системе (от «0» — нормальная привычная деятельность до «4» — полная невозможность выполнить деятельность), внося оценку в дневник вмешательства. Если специалисту недостаточно данных для оценки и он планирует проводить дальнейшую диагностику, рекомендуется ставить оценку «8». В дневнике эрготерапевта и в форме реабилитационного диагноза эта цифра будет говорить о том, что специалист не пропустил проблему, но не имеет данных для ее оценки.

Необходимо оценивать каждый проблемный вид активности и как «реализацию», и как «капаситет».

- **«0» Ограничений нет.** Человек не имеет ограничений.
- **«1» Легкое.** Проблема присутствует менее чем в 25% времени, проявляется с терпимой интенсивностью; в последние 30 дней проявляется редко.
- **«2» Среднее.** Проблема присутствует менее чем в 50% времени, проявляется с интенсивностью, меняющей обычную ежедневную жизнь человека; в последние 30 дней проявляется время от времени.
- **«3» Сильное.** Проблема присутствует более чем в 50% времени, проявляется с интенсивностью, частично нарушающей обычную ежедневную жизнь человека; в последние 30 дней проявляется часто.
- **«4» Полное ограничение.** Проблема присутствует более чем в 95% времени, с интенсивностью, полностью дезорганизующей обычную ежедневную жизнь человека; в последние 30 дней проявляется ежедневно.
- **«8» Не определено.** Информация, позволяющая определить степень ограничения, недостаточна.

Также МКФ содержит пять разделов, классифицирующих факторы среды (контекста), организующие жизнедеятельность:

1. ПРОДУКЦИЯ И ТЕХНОЛОГИИ (продукты, одежда, транспорт, мебель, планировка зданий и т. п.).

2. ПРИРОДНОЕ ОКРУЖЕНИЕ И ИЗМЕНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ОСУЩЕСТВЛЕННЫЕ ЧЕЛОВЕКОМ (климат, освещение, звук в помещении и на улице).

3. ПОДДЕРЖКА И ВЗАИМОСВЯЗИ (родственники, домашние животные, дети, начальство, подчиненные, врачи, сиделки и т. п.).

4. УСТАНОВКИ (убеждения и отношение к пациенту людей и общества).

5. СЛУЖБЫ, АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СИСТЕМЫ И ПОЛИТИКА (службы и административное устройство, влияющее на жизнь пациента).

Факторы среды можно ранжировать по 5-балльной шкале, оценивая их как способствующие деятельности или барьерные (препятствующие), внося это описание в рабочие дневники.

Барьеры	Облегчающие факторы
0 НЕТ барьеров -1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ -2 УМЕРЕННЫЕ БАРЬЕРЫ -3 ВЫРАЖЕННЫЕ БАРЬЕРЫ -4 АБСОЛЮТНЫЕ БАРЬЕРЫ	0 НЕТ облегчающих факторов +1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ облегчающие факторы +2 УМЕРЕННЫЕ облегчающие факторы +3 ВЫРАЖЕННЫЕ облегчающие факторы +4 АБСОЛЮТНЫЕ облегчающие факторы
8 неуточненный барьер	8 неуточненный облегчающий фактор

Кроме того, при помощи МКФ проще объяснить пациенту задачи и цель реабилитации. Пациент с достаточными когнитивными функциями легко использует МКФ для того, чтобы ориентироваться в ограничениях своей жизнедеятельности, после чего более структурно формулирует проблемы для эрготерапевта. При этом пациенту психологически проще обозначить свои ограничения, так как при прочтении списка доменов ему становится ясно, что его инвалидность не присуща только ему одному.

Полная версия МКФ на сайте ВОЗ по ссылке:

<http://who-fic.ru/icf/>

МКФ (ICF) браузер на сайте по ссылке:

<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>

КАНАДСКАЯ ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИЛИ КАНАДСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (CORM)

Чаще всего практикующие специалисты используют для выявления проблем систему полуструктурированного опроса пациента, разработанную в Канаде рабочей группой по разработке клиент-ориентированного подхода в эрготерапии, которая совместно создана организацией Health Canada (в прошлом Health and Welfare Canada) и Канадской ассоциацией эрготерапевтов (CAOT). CORM воплощает в себе клиенто-центрированный подход, а также позволяет эрготерапевтам оценивать результаты своей деятельности. С первых версий шкалы и по сей день CORM используется не только эрготерапевтами, но и людьми, осуществляющими уход и другие виды реабилитации, психологами, специальными педагогами и пр. CORM — это индивидуальная оценка самовосприятия клиента в процессе эрготерапии.

Этот инструмент диагностики позволяет решать множество задач одновременно — выявить проблемы деятельности пациента, оценить уровень его запроса на решение этих проблем, поставить задачи и цели, важные и понятные пациенту, оценить проблему в баллах и так же в баллах оценить изменения в деятельности, произошедшие после вмешательства эрготерапевта.

Канадская оценка выполнения деятельности (CORM) — это индивидуальная система оценки, разработанная для использования эрготерапевтами для определения изменений в восприятии клиентом выполнения им деятельности по прошествии определенных периодов времени. CORM разрабатывалась как система оценки результатов и в качестве таковой должна применяться в начале эрготерапевтической работы с клиентом, а затем повторяться через определенные периоды времени, которые определяются клиентом и эрготерапевтом.

CORM

- выявляет проблемы в деятельности человека;
- измеряет изменения, произошедшие в восприятии клиентом

выполнения своей деятельности после прохождения курса эрготерапии;

- оценивает выполнение деятельности и удовлетворенность, связанные с данными проблемами.

CORM разработана для измерения изменений в восприятии выполнения деятельности клиентами с различными ограничениями и на разных стадиях их развития. Грамотный профессионал может использовать эту шкалу и для интервьюирования при помощи альтернативной коммуникации, и для выявления потребностей пациента — ребенка или имеющего когнитивные проблемы, при помощи родителей или заинтересованных ухаживающих лиц.

CORM основывается на определении выполнения деятельности, предложенном в руководстве по эрготерапии в условиях клиент-ориентированной практики (CAOT, 1991). В руководстве приводится модель эрготерапии и процесс, в котором может быть использована данная модель. Эта модель получила название Модель выполнения деятельности. В Модели выполнения деятельности, представленной в руководстве, деятельность схематично представлена в виде второго из трех кругов (рис. 1):

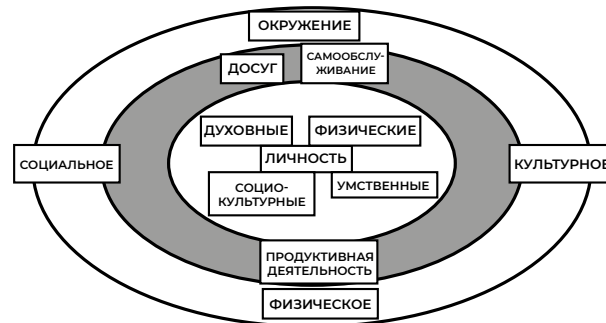


Рис. 1. Модель выполнения деятельности

Источник: Руководство по эрготерапии в клиенто-центрированной практике. Здоровье Канады, (Occupational Therapy Guidelines for Client-centered Practice, Health Canada) 1991. Используется с разрешения Министерства поставок и услуг, Канада, 1994

Модель основывается на том, что:

1. Деятельность состоит из самообслуживания, продуктивной деятельности и досуга.
2. Выполнение деятельности зависит от физических, умственных, социальных возможностей и духовности конкретного человека.
3. На уровень деятельности влияют внешние факторы, такие как окружающая среда, уровень развития и роли, которые человек играет в жизни.

В рамках COPM каждая из основных сфер деятельности (самообслуживание, продуктивная деятельность и досуг) были разделены на три подгруппы:

- Самообслуживание: уход за собой, функциональная мобильность (движение при решении жизненных задач), участие в жизни общества;
- Продуктивная деятельность: наличие оплачиваемой или неоплачиваемой работы, ведение домашнего хозяйства, школа или игра;
- Досуг: включает в себя спокойный отдых, активный отдых и социальное общение.

В руководстве (САОТ, 1991) подчеркивается необходимость клиент-ориентированного подхода к определению выполнения деятельности каждым из людей на основе его собственного опыта, а не на внешних наблюдениях. Это вызвано тем, что деятельность определяется человеком не только с точки зрения его способности выполнять определенные действия, но и исходя из уровня его удовлетворенности их выполнением. В жизни часто бывает так, что сам человек оценивает свою деятельность выше или ниже, чем сторонние наблюдатели, и в итоге это и формирует его самооценку и ощущение комфорта или дискомфорта.

В таблице 3 показано, как составляющие Модели выполнения деятельности выражаются в составляющих COPM.

Таблица 3. Выражение составляющих Модели выполнения деятельности в составляющих COPM

Модель выполнения деятельности	Значение для COPM
1. Деятельность состоит из самообслуживания, продуктивной деятельности и досуга	1. COPM состоит из трех частей: самообслуживания, продуктивной деятельности и досуга
2. Деятельность скорее субъективный, зависящий от личного опыта, нежели объективный феномен	2. а) В рамках COPM клиентам задают вопросы, касающиеся выполнения деятельности; отсутствует необходимость внешних доказательств или отчетности. б) В рамках COPM клиенты определяют проблемы выполнения деятельности. в) Клиенты оценивают проблемы в соответствии с их важностью. г) Клиенты самостоятельно оценивают свой уровень функционирования в рамках COPM
3. На деятельность влияют жизненные роли и окружающая среда	3. В рамках COPM проблема определяется самим клиентом, т. е. нереализованные ожидания от социальной роли или запросов к окружающей среде препятствуют удачному завершению действия
4. Деятельность – свойственна человеку, независимо от возраста, пола или ограничений	4. COPM может использоваться со всеми клиентами, хотя сам подход может быть модифицирован для того, чтобы соответствовать отдельным лицам
5. Деятельность включает в себя выполнение определенного действия и удовлетворение от его выполнения	5. COPM оценивается исходя из 2 типов баллов: выполнение действия и удовлетворение

При использовании необходимо учитывать особенности Канадской оценки выполнения деятельности.

Канадская оценка выполнения деятельности:

- основана на четко сформулированной модели эрготерапии;
- рассматривает такие сферы выполнения деятельности, как самообслуживание, продуктивную деятельность и досуг;
- рассматривает компоненты деятельности как важные предпосылки для выполнения деятельности;
- учитывает роли и ролевые ожидания клиента;

- рассматривает важность сфер деятельности для клиента;
- оценивает проблемы, самостоятельно определенные клиентом;
- предполагает повторную оценку определенных проблемных видов деятельности;
- фокусируется на окружающей среде клиента и, таким образом, подтверждает важность проблем для данного клиента;
- учитывает удовлетворенность клиента существующим уровнем выполнения деятельности;
- вовлекает клиента с самого начала процесса эрготерапии;
- повышает уровень вовлечения клиента в терапевтический процесс;
- может использоваться на всех уровнях развития;
- может использоваться со всеми группами людей с ограниченными возможностями;
- придерживается правила, что клиенты отвечают за свое здоровье и собственный терапевтический процесс;
- позволяет клиенту и эрготерапевту определять и иметь дело с жизненными ситуациями;
- позволяет расширять использование целевых заданий и активностей;
- позволяет представителям социального окружения клиента внести свой вклад, если клиент не способен самостоятельно отвечать за себя.

Если эрготерапевт использует другую модель вмешательства, то использовать СОРМ нецелесообразно, так как вне представленной идеологии данная шкала работать не будет.

ПРОЦЕСС ОЦЕНКИ

Необходимо учесть, что некоторые пациенты будут испытывать затруднения, определяя проблемные виды деятельности, поскольку у них нет навыка идентифицировать свои проблемы для последующих изменений. Также может вызвать затруднение необходимость обсуждать психологически травмирующие проблемы, которые возникали у них

на ранних этапах инвалидизации. Каким-то пациентам будет сложно использовать СОРМ, поскольку они ждут, что эрготерапевт как специалист должен быть сам способен выявить проблемы для последующего вмешательства, без их участия.

Достаточно часто у пациентов возникают проблемы в оценке важности, удовлетворенности и качества выполнения деятельности. Это связано с тем, что не все пациенты склонны осмысливать свое состояние, они, скорее, находятся в состоянии бесструктурных переживаний отчаяния или надежд на чудо, непонимания перспектив, непонятных тревог и ожиданий. Тем не менее использование данной оценки вместе с эрготерапевтом помогает им не только идентифицировать проблемы деятельности, но и ставить и ясно понимать цель эрготерапии.

СОРМ может использоваться в качестве начальной оценки для понимания факторов, вызывающих проблемы в выполнении деятельности, за счет определения сфер деятельности, выполнением которых пациент озабочен, и сфер деятельности, которые требуют дальнейшей оценки. Проблемы, определенные на начальной стадии применения СОРМ, могут служить основой для определения краткосрочных и долгосрочных целей, а также приоритетов в реабилитации. После проведения вмешательства СОРМ используется для оценки изменений в ранее выявленных проблемах деятельности. Если достигнут желаемый уровень деятельности, пациент и эрготерапевт могут продолжить процесс за счет определения новых проблем деятельности либо принять решение о завершении вмешательства.

Форма для заполнения

Ф.И.О. клиента:		
Возраст:	Пол:	
Кто отвечает на вопросы (если не клиент):		
Дата оценки:	Планируемая дата повторной оценки:	Дата повторной оценки:

Специалист:
Учреждение, где проводится интервью:
Программа (категория услуги):

**ШАГ 1:
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ
В ВЫПОЛНЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Для выявления проблем, с которыми сталкивается клиент во время выполнения деятельности, поговорите с ним и спросите об активностях в области самообслуживания, продуктивной деятельности и его досуге. Прежде чем попросить клиента перечислить активности в повседневной жизни, которые он хотел бы делать, ему необходимо делать или выполнение которых ожидают от него окружающие, обсудите, как у него проходит обычный день. После этого спросите клиента, какие виды деятельности ему сейчас сложно выполнять или они не приносят удовлетворения тем, как выполняются.

Запишите все перечисленные проблемы, связанные с активностью в повседневной жизни в разделах Шаг 1А, Шаг 1Б, Шаг 1В.

**ШАГ 2:
ОЦЕНКА ВАЖНОСТИ**

Используя карточки с баллами, попросите клиента определить по шкале от 1 до 10 важность выполнения каждого вида деятельности.

Запишите полученные баллы в соответствующие графы Шаг 1А, Шаг 1Б и Шаг 1В.

ШАГ 1А: Самообслуживание**Уход за собой**

(одевание, прием ванны,
личная гигиена, прием пищи и др.)

**Функциональная
мобильность**

(пересаживания, перемещение
внутри дома и вне дома)

Активность в соц. среде

(транспорт, покупки, деньги)

ВАЖНОСТЬ**ШАГ 1Б: Продуктивная деятельность****Оплачиваемая/
неоплачиваемая работа**

(волонтерская,
основная работа)

**Ведение домашнего
хозяйства**

(уборка, стирка,
приготовление пищи)

Игра/школа

(напр., навыки игры,
домашние задания)

ШАГ 1В: Досуг**«Тихие» увлечения**

(хобби, ремесла,
чтение)

Активный отдых

(спорт, прогулки,
путешествия)

Социальное общение

(визиты, переписка,
разговоры по телефону
вечеринки)

ШАГИ 3 И 4:

ПОДСЧЕТ БАЛЛОВ – ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА и ПОВТОРНАЯ ОЦЕНКА

Выберите с клиентом 5 наиболее важных для него проблем и запишите их ниже. Используя карточки с баллами, попросите его оценить каждую «проблемную» активность с точки зрения ее выполнения, а затем удовлетворенности ее выполнением. Подсчитайте общие баллы. Их можно получить сложением полученных баллов, которые соответствуют выполнению или удовлетворенности, и делением на количество проблем, которые оценивались. При повторном использовании данного инструмента клиент вновь оценивает каждую проблему с точки зрения ее выполнения и удовлетворенности выполнением. Подсчитайте новые баллы, а затем баллы, которые будут иллюстрировать изменения.

Проблемы в активности		Первичная оценка		Повторная оценка	
		Выполнение	Удовлетв-ть	Выполнение	Удовлетв-ть
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
ВСЕГО	К-во проблем C	Сумма выполнения A1	Сумма удовлетв-и B1	Сумма выполнения A2	Сумма удовлетв-и B2
Подсчет баллов					
Общий балл		A1/C	B1/C	A2/C	B2/C
Изменения в выполнении		A2/C – A1/C			
Изменения в удовлетворенности		B2/C – B1/C			

ВАЖНОСТЬ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем неважно								чрезвычайно важно	

ВЫПОЛНЕНИЕ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
совсем не выполняется										отлично

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не удовлетворен								полностью	

ПЕРВАЯ СТРАНИЦА СОРМ *

(Источник: Канадская оценка деятельности.

Перевод: Мальцев С. Б.)

Первая страница должна заполняться данными клиента или респондента, а также содержать демографическую информацию. Отдельные эрготерапевты используют начало сбора информации для того, чтобы способствовать обсуждению клиентами их инвалидности и ее влияния на их повседневную жизнь. Мы приветствуем это начинание специалистов, т. к. оно способствует проведению интервью в рамках СОРМ. Последняя страница формы СОРМ может использоваться для записи этой информации.

ШАГ 1 СОРМ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Первым шагом реализации процесса является проведение интервью с клиентом по вопросам его деятельности. Учитывая относительную неструктурированность СОРМ, эрготерапевтам важно использовать свои навыки интервьюирования

для получения полных ответов, оценки предположений и мотивирования респондентов на получение наиболее исчерпывающего суждения.

Важно, чтобы клиенты определяли действия, которые они хотели бы выполнять, которые им необходимо выполнять, или которые от них ожидаются в жизни. Это положение записано в форме СОРМ в качестве напоминания для вас. Способствуйте тому, чтобы клиенты думали о своем обычном дне и описывали действия, которые они выполняют обычно.

Когда они определили, что им нужно/они хотят и что от них ожидается, спросите их, могут ли они выполнять эти действия и удовлетворены ли они выполнением. Потому первыми должны идти вопросы о том, как клиенты воспринимают свои «потребности», и лишь затем следуют вопросы относительно «выполнения» и «удовлетворенности».

Эрготерапевтам следует разработать процесс или стиль администрирования, удобный для них самих и их клиентов. Важно определить сферы выполнения деятельности, которые вызывают затруднения у клиента.

Форма СОРМ разделена на три сферы деятельности: уход за собой, продуктивная деятельность и досуг. Каждая из этих сфер подразделяется. Эти категории и примеры деятельности представлены в качестве подсказки терапевту во время интервью. Не нужно чувствовать себя ограниченным ими, постарайтесь следовать за клиентом в описании различных сфер деятельности, по мере их упоминания в интервью. В конце Шага 1 у эрготерапевтов должна быть четкая картина зон деятельности, которые беспокоят клиента.

ШАГ 2 СОРМ: ВАЖНОСТЬ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

Когда определены специфические проблемы, клиента просят оценить виды деятельности с точки зрения их важности в его жизни. Важность оценивается по 10-тибалльной шкале (приводится ниже):

ВАЖНОСТЬ

Насколько для вас важно выполнять это действие?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем неважно									чрезвычайно важно

Внесите оценку важности в баллах в оценочную форму рядом с определенными проблемами. Это один из важнейших шагов в процессе. Он служит для немедленного вовлечения клиента в определение приоритетов вмешательства. Он позволяет эрготерапевту хорошо понять приоритеты клиента и потому ускорит планирование вмешательства.

ШАГ 3 СОРМ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАЛЛОВ

Используя информацию, полученную на 2 этапе, попросите клиента определить 5 наиболее важных или «давящих» проблем. По словам эрготерапевтов, оптимальной процедурой для этого является показ 5 проблем, заявленных как наиболее важные для клиента, и выяснение, являются ли эти проблемы наиболее актуальными для вмешательства. Это дает клиентам возможность подтвердить важность данных проблем или выбрать менее важные проблемы, если они хотят акцентировать лечение на них. (Полезно учитывать все проблемы, даже если они не оценивались, для работы с ними в будущем). Внесите выбранные проблемы в раздел оценки. Мы советуем оценить лишь 5 проблем, т. к. они составляют основу для целей вмешательства, и маловероятно, что вы будете работать более чем с 5 целями одновременно.

Для каждой из этих проблем на основе десятибалльной шкалы попросите клиента дать:

а) Самостоятельную оценку его способности выполнения действия в данной сфере в настоящий момент.

б) Самостоятельную оценку его удовлетворенности текущим уровнем выполнения.

ВЫПОЛНЕНИЕ

Как вы можете оценить выполнение данного действия в настоящее время?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не выполняется									отлично

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ

Насколько вы удовлетворены тем, как вы выполняете данную деятельность в настоящий момент?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не удовлетворен									полностью

Легче всего, но необязательно, оценить способность действовать и удовлетворенность для каждой проблемы, затем переходя к следующей. Для каждой из названных проблем необходимо внести значение в соответствующую графу. Общий балл выполнения деятельности высчитывается, исходя из суммы всех баллов, полученных при оценке ВЫПОЛНЕНИЯ разделенной на количество определенных проблем.

Сходным образом общий балл за удовлетворенность высчитывается, исходя из деления суммы баллов, полученных при

оценке УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ на количество проблем. Получаемый показатель будет варьировать от 1 до 10.

Суммарные значения затем вносятся в графу ВСЕГО.

ШАГ 4 СОРМ: ПОВТОРНАЯ ОЦЕНКА

После соответствующего перерыва после начальной оценки и начала эрготерапевтического вмешательства проводится повторная оценка. Временной интервал варьируется и зависит от решений эрготерапевта и клиента, однако рекомендуется определить дату повторной оценки до начала вмешательства. В указанное время ВЫПОЛНЕНИЕ и УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ в определенных проблемных видах деятельности оцениваются повторно от 1 до 10. Результаты вносятся в раздел повторной оценки.

Суммарные баллы выполнения и удовлетворенности во второй раз рассчитываются, исходя из суммы данных показателей, разделенной на количество проблем.

Кроме того, изменения в выполнении и удовлетворенности рассчитываются исходя из разницы между показателями 2 и показателями 1. Например, наличие или отсутствие изменений в выполнении за период лечения проблемы № 1 может быть определено вычитанием показателя ВЫПОЛНЕНИЯ 1 из показателя ВЫПОЛНЕНИЯ 2. Так же рассчитывается и итоговое изменение выполнения и удовлетворенности: из ИТОГОВОГО ВЫПОЛНЕНИЯ или УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ 2 вычитается показатель ИТОГОВОГО ВЫПОЛНЕНИЯ или УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ 1.

(конец заимствованного фрагмента)

Когда проводить повторную оценку по СОРМ? В тот день, на который у специалиста запланировано достижение цели. Эта дата была указана специалистом на первой странице формы оценки.

ДРУГИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ В ЭРГОТЕРАПИИ

Для получения диагностических сведений о пациенте эрготерапевты используют и другие шкалы и методики. В зависимости от необходимости могут быть использованы шкалы и методики

для оценки боли, баланса, тревоги, глотания, стресса, спастичности и т. п. Эрготерапевт может применять любые шкалы, которые позволят получить информацию о возможностях и неспособностях пациента к выполнению необходимых ему видов деятельности.

Однако начиная диагностику, всегда необходимо четко понимать, зачем эта информация нужна и как она поможет провести вмешательство. Если специалист проводит широкую диагностику и получает огромное количество данных, но потом не понимает, зачем они нужны, то необходимо пересмотреть отношение к сбору диагностических данных и использовать только необходимые инструменты диагностики.

Кроме того, эрготерапевт не может опираться исключительно на данные собранные при помощи шкал. Для диагностики используются и методы наблюдения за деятельностью пациента. Можно наблюдать за естественной деятельностью (не вмешиваясь в процесс) или за деятельностью в заданных условиях, когда для пациента создается определенная среда и ставятся определенные задачи. Задачи предлагают выполнить в удобной для пациента форме и режиме действия. Наблюдения фиксируются в форме структурированного описания.

Пример 1. Ребенок хорошо перемещается ползком, перекачивается с живота на бок и спину, со спины перекачивается, если есть за что подтянуться рукой. Из позы лежа может сесть на полу, цепляясь за помощника. Сидит на стуле при наличии опоры на уровне поясницы, играет двумя руками, может захватывать крупные предметы, взял 3 кубика и сбросил на пол. Сложил из поданных обратно кубиков домик. Левая рука более спастична, чем правая, имеется умеренная контрактура суставов указательного пальца левой руки. С небольшими затруднениями берет и бросает на пол мячик. Проявил интерес к игрушкам на возраст 4–6 лет. (Игрушки, имеющиеся дома, рассчитаны на другой возраст и ребенка не привлекают). В этой же позе взял руками печенье. Попросил пить, взял поставленную на стол пластмассовую адаптированную кружку, до половины налитую

водой, и выпил. Хорошо понимает речь, реагирует адекватно, говорит с легкими нарушениями артикуляции. Поведение спокойное, заинтересованное, легко вступает в контакт, рассказал о себе (как зовут, сколько лет). Охотно общается с мамой, но не умеет просить о помощи в деятельности: либо ждет, что предмет дадут в руку, либо хнычет и требует.

Пример 2. Пациент, на 4 день после ишемического инсульта. Лежит в постели, руки убраны под одеяло, бортики кровати подняты, прикроватная тумба вне зоны дотягивания как здоровой, так и паретичной руки. Настроение пациента снижено, общается с женой сквозь зубы, понимает речь и отвечает, но отрывисто и неохотно. На вопрос, удобно ли ему лежать, сообщил, что неудобно, и попросил поправить подушку. В процессе помогал здоровой рукой, пытался придерживать одеяло паретичной рукой, показал уверенный цилиндрический захват паретичной рукой за бортик кровати, пальцевые захваты не удались. Охотно участвовал в обсуждении необходимости переместить тумбу, давал советы и проверял удобство нового расположения тумбы. В процессе с незначительной помощью расположился полусидя в кровати, с опорой на две подушки, разложил здоровой рукой предметы (носовые платки, очки, бутылку с водой 300 мл и металлическую кружку) на тумбе, двумя руками расположил одеяло. К этому моменту (за 15 минут) утомился, на прощание выразил пожелание участвовать в занятиях по реабилитации завтра.

Как ранее упоминалось во вводной части, наблюдая за естественной деятельностью пациента, эрготерапевт может получить множество ценной информации о двигательных, когнитивных и иных функциях, о возможностях коммуникации пациента, о его мотивации, о том, какие факторы среды и личностные особенности влияют на его деятельность, а также о том, какая деятельность пациенту необходима в данный момент.

Постановка задач и цели.

В процессе эрготерапии очень важным этапом является постановка целей вмешательства. Они должны быть реалистичными, достижимыми и измеримыми таким образом, чтобы

была возможность оценивать изменения, которые произошли у пациента в процессе вмешательства эрготерапевта. Цель эрготерапевтического вмешательства всегда связана с какой-либо конкретной деятельностью. Цель может звучать, как «через два месяца пациент самостоятельно моется в душе» или «через три месяца пациент переходит через дорогу, правильно распознавая сигналы светофора». Цель типа «улучшение мелкой моторики», «улучшение когнитивности» или «различение цветов» неприемлема в эрготерапии, так как ее достижение не улучшает конкретные виды деятельности, а в лучшем случае может служить базой для дальнейшей наработки навыка.

Цели в эрготерапии, как и в других видах реабилитации, могут быть долгосрочными и краткосрочными. Оба вида целей формулируются совместно с пациентом. Долгосрочные — это более общие цели, которые в основном формулируются по результатам оценки ограничений участия в жизни общества.

Долгосрочные цели формулируются с расчетом достижения через 3–4 месяца (например, участие ребенка с ДЦП в игре вместе с другими детьми или возможность для пожилого пациента ходить в магазин и делать покупки)

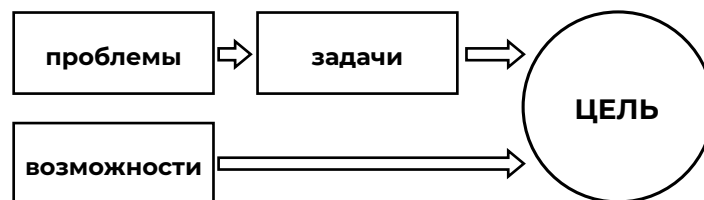
Краткосрочные цели же еще более конкретны, могут быть простыми навыками, каждая краткосрочная цель ориентирована на достижение ее в течение короткого времени (обычно через 2–10 дней). Примером краткосрочной цели может быть: «через 1 неделю пациент сможет, сидя на кровати, пить из кружки без помощи» или «через 10 дней пациент сможет расстегнуть рубашку самостоятельно». У краткосрочной цели должен быть четко обозначен срок достижения.

Откуда берется цель вмешательства? Процесс диагностики должен завершиться постановкой цели вмешательства. Также процесс диагностики дает список задач, которые надо решить, чтобы достичь поставленной цели. Например, если цель «через 1 неделю пациент сможет, сидя на кровати, пить из кружки без помощи», то список задач для достижения ее может быть примерно следующим: надеть пациенту любимые часы на руку

с неглектом для постоянного привлечения внимания к руке; обучить родственников подходить и начинать разговор со стороны неглекта; договориться с соседями по палате общаться с пациентом со стороны неглекта; позиционировать пациента в позе сидя на кровати с опорой для спины, со свешенными ногами перед приемом пищи; подобрать адаптированную вилку и ложку для пораженной руки; пристегивать ложку и вилку к руке; перед приемом пищи стимулировать руку похлопыванием; в процессе приема пищи привлекать внимание к пораженной руке; акцентировать внимание на улучшающихся возможностях пациента; по мере улучшения навыка поддержания позы сидя убрать поддержку спины; добавить к алгоритму приема пищи захват кружки с любимым питьем с тумбочки.

Откуда возьмутся эти задачи? Из диагностированных проблем пациента. Для данного пациента это будут следующие проблемы: неиспользование правой руки для опоры и манипуляций из-за неглекта и пареза, невозможность поддерживать позу и манипулировать руками одновременно, страх падения с кровати, низкая мотивация к тренировке руки, невозможность брать и удерживать ложку, вилку и кружку в неадаптированном варианте.

Таким образом, в процессе диагностики эрготерапевт должен выявить проблемы деятельности пациента, которые будут трансформированы в задачи для специалиста. Также в процессе диагностики нужно выявить возможности пациента и его среды, это станет ресурсом пациента и повлияет на постановку цели. Цель должна решать проблемы деятельности пациента с учетом его ресурсов.



Таким образом, необходимо еще раз вернуться к процессу диагностики, рассмотрев его как процесс получения сведений, крайне необходимых для проведения вмешательства. Что же должен узнать эрготерапевт о пациенте для того, чтобы начать работать?

Для удобства получения информации будет предложен определенный алгоритм диагностики и к нему варианты постановки возможных задач с примерами вмешательств.

В процессе диагностики эрготерапевт должен оценить, имеются ли у пациента проблемы по следующим позициям:

1. Принятие и поддержание позы;
2. Адаптация и стресс;
3. Возможности и уровень коммуникации;
4. Боль, толерантность к нагрузке, астения, другие ограничивающие функции;
5. Ограничения и возможности необходимых и привычных видов деятельности;
6. Качество навыка и привычки;
7. Влияние среды окружения.

1. ПОЗА пациента. Оценка

Первое, на что должен обратить внимание эрготерапевт, — это поза и движения пациента. Поза человека является той основой, которая дает возможность или будет препятствовать движениям, обзору и контролю взгляда, коммуникации, эмоциональному контролю, планированию и выполнению различных видов деятельности. Поэтому одной из базовых задач эрготерапевта станет сначала выявление проблем принятия и поддержания позы, а затем позиционирование — придание пациенту позы, в которой его функционирование будет возможным, безопасным и физиологичным.

Задачи позиционирования могут быть разными. Создание положения, способствующего осознанию собственного тела. Создание положения для взаимодействия со средой (деятельностью).

Создание положения для профилактики вторичных осложнений заболевания. Создание положения для лечения. Создание положения для манипуляций и процедур и т. п. Позиционирование необходимо не только при «классических» двигательных нарушениях (ДЦП, травма или инсульт). Позиционирование может быть необходимо при любых нарушениях тонуса мышц (повышен, снижен), а также при нарушении чувствительности и работы сенсорных систем (некорректное ощущение своего тела).

Почему так важна правильная поза? Любая деятельность человека требует координации различных функций, многократного применения и использования навыков и умений. Например, во время еды ребенок или взрослый должен удерживать правильное положение тела, включая контроль за положением головы), коммуницировать (просить, отказываться), применять социальные навыки (есть по определенным правилам), когнитивные навыки (в зависимости от развития он может исследовать еду, подражать другим, узнавать названия предметов, дифференцировать цвета и форму), навыки самообслуживания (поднести ко рту еду или питье).

Без контроля положения тела — последующие действия невозможны. Если пациент не удерживает позу, он не контролирует шею и голову — не видит руки, не видит предметы; не контролирует руки — не может дотянуться, рассмотреть, общаться, самообслуживаться. Если это происходит с ребенком, то он не сможет еще и играть, изучать мир и развиваться. Не менее важно поддерживать позу для игры, обучения и иных жизненных активностей пациента, не замыкаясь только на приеме пищи и базовом самообслуживании.

Если у пациента ограничены возможности самостоятельного удержания позы для коммуникации, принятия пищи или кормления, решения других задач самообслуживания, тогда необходимо начать с того, что подобрать ему оборудование (подушки для позиционирования, валики, кресла и т. п.), которое поможет удерживать безопасную и правильную позу. Это изменение условий будет



рис. 2 Неправильная поза 1

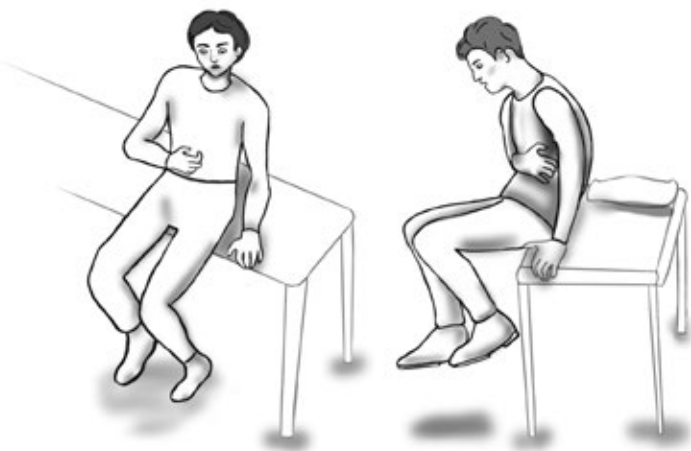


рис. 3 Неправильная поза 2

способствовать развитию всех перечисленных выше функций и навыков. Если же пациент не сможет удерживать необходимые позы, то никакие дальнейшие действия не будут эффективны.

Придавая пациенту определенные позы, необходимо опираться на знание биомеханики и понимание взаимосвязи между позами и увеличением (снижением) тонуса мышц в различных сегментах тела человека. Например, сидение с ногами без опоры рефлекторно повышает тонус мышц спины, шеи и рук. Если мышцы уже спастичны, то такая поза вынудит пациента привести руки и шею к груди, что блокирует мобильность рук и шеи и сделает невозможной такую активность, как, например, самостоятельный прием пищи. Кроме того, в дальнейшем это увеличит риски падения при вставании и ходьбе (рис. 2 и рис. 3).

Даже если у пациента нет перспектив на выздоровление, правильные позы снизят угрозу вторичных осложнений в виде контрактур, усиления спастичности, травм суставов и мягких тканей, пролежней, аспирации, ограничения респираторных функций, пневмоний, боли, тревожности, депрессии. Также правильные позы облегчат уход и работу родственников и персонала.

Таким образом, даже паллиативный пациент должен быть качественно позиционирован для профилактики осложнений основного заболевания, а также для поддержания той деятельности, которая ему доступна (общение, досуг, прием пищи, туалетные и гигиенические потребности).

Важный вопрос — должен ли пациент лежать, сидеть или стоять? Если состояние пациента позволяет, он должен лежать только в моменты отдыха и манипуляций. Положение лежа ограничивает обзор, ограничивает виды деятельности, снижает когнитивные функции из-за того, что пациент целыми днями смотрит в потолок. Поднятая голова и возможность двигать руками расширяют возможности, способствуют развитию и поддержанию интеллекта и жизненных активностей. Чем выше голова (ближе к позе сидя), тем больше у пациента возможностей. Поза стоя имеет позитивное влияние на все физиологические моменты (дыхание, пищеварение, выделение, профилактика запоров,

инфекций мочевыводящей системы). Само по себе положение сидя и стоя оказывает положительное влияние на когницию, речь, возможности зрительно-моторной координации и т. п.

Позы пациента должны быть правильными, физиологичными и функциональными. Мы не едим и не пьем лежа. Не общаемся лежа, не проживаем жизнь лежа. Не лежим и не сидим скрючившись. Если нас укладывают надолго и не дают двигаться, у нас портится настроение, болят мышцы, голова. Для разных действий у нас существуют разные позы. Пациент также нуждается в удобных и различных позах, недостаточно уложить или усадить пациента удобно и оставить его в этой позе на весь день.

Если пациент не может принимать и поддерживать нормальную физиологичную позу для разных действий — ему надо помочь — подобрать необходимые позы, подобрать оборудование для поддержания всех нужных поз, при необходимости обучить родственников или ухаживающих придавать и поддерживать нужные позы без боли, стресса, риска травмы (в т. ч. для ухаживающих). Также ухаживающие должны быть обучены понимать, для какой деятельности пациента подойдет та или иная поза.

Основные правила позиционирования:

- *Еда и питье только в приподнятом положении;*
- *Любая поза симметрична и выровнена;*
- *Придаем физиологически правильные позы — разные для отдыха и активностей;*
- *Придаем максимально возможное вертикальное положение для активностей повседневной жизни;*
- *Придаем максимально возможное приподнятое положение для оптимальной коммуникации с пациентом;*
- *При придании позы учитываем состояние суставов, связок, мышц и кожных покровов;*
- *Если пациент сидит и стоит, в большинстве случаев необходима опора для ног;*
- *У пациента должно быть ощущение равновесия и безопасности в любой позе.*

Частные и специальные случаи позиционирования будут описаны в соответствующих разделах пособия.

2. УРОВЕНЬ АДАПТАЦИИ (СТРЕССА). ОЦЕНКА

Не менее важно для проведения эффективного вмешательства оценить уровень стресса и качество адаптивных реакций пациента. В некоторых случаях эта задача может выйти на первый план, например, если вмешательство проводится для пациента с аутизмом, синдромом дефицита внимания, деменцией, депрессией, любыми поведенческими или психическими расстройствами. Для такого пациента проблема стресса может оказаться более значимой, чем проблема правильной позы.

Пока пациент находится в состоянии сильного стресса, вступить с ним в контакт и поместить в правильное положение не получится, а прикасаться и перемещать пациента без вступления с ним в продуктивный контакт невозможно. Для пациентов с двигательными и другими нарушениями проблема стресса также важна, хоть и не выходит на передний план. Пациент, находящийся в стрессе, менее мотивирован, хуже воспринимает информацию, хуже обучается, хуже двигается и т. п. Международная классификация функционирования содержит в себе домен d240 «преодоление стресса и других психологических нагрузок», так как эта проблема существенно влияет на ход реабилитации. Таким образом, стресс всегда влияет на качество выполнения деятельности, и эрготерапевты это должны учитывать.

Современные клинические представления о стрессе

Стресс — это совокупность неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие любых факторов-стрессоров (физических или психологических), нарушающая его (организма) гомеостаз.

Т. е. стресс — естественная физиологическая попытка организма приспособиться (адаптироваться) к изменившимся условиям среды. Выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса, а также хронический стресс. В ходе развития стресса организм расходует ресурсы адаптации.

При положительном стрессе организм успешно приспосабливается к изменениям. В этом случае организм обретает полезный опыт адаптации к стрессору и восстанавливает ресурсы. В 1978 года Гансом Селье (Selye 1978) была описана реакция организма на стресс как «общая адаптационная реакция». Эта реакция протекает в три стадии: тревожная реакция (реакция напряжения), адаптивная или резистивная стадия и стадия истощения. Последняя наступает тогда, когда человек либо не может выйти из первой стадии (состояния напряжения), или постоянно находится под воздействием стресса, проходя состояние напряжения и адаптивную стадию слишком часто. При отрицательном стрессе приспособления не происходит, но ресурсы расходуются.

При хроническом стрессе ресурсы расходуются и постепенно переходят лимит, организм истощается. Почему происходит истощение ресурсов? Потому что реакция стресса — энергетически расходный биохимический процесс. Первая стадия характеризуется повышением уровня адреналина в крови в ответ на вызов или угрозу, что автоматически приводит человека в состояние готовности к физическим действиям, борьбе или бегству (Cannon, 1939). Во время этой стадии кора головного мозга активирует ретикулярную систему, чтобы повысить общее внимание. Кора также активирует вегетативную/автономную нервную систему (ANS/AHC) и эндокринную систему через гипоталамус. Симпатическая часть вегетативной нервной системы увеличивает сердцебиение, артериальное давление, потоотделение, тонус мышц и ускоряет клеточный метаболизм. Подкожные кровеносные сосуды сужаются, а пищеварение замедляется. Эндокринная система выделяет гормоны из надпочечников и щитовидной железы, что увеличивает расщепление глюкозы и ускоряет клеточный метаболизм. Гипоталамус провоцирует выделение из гипофиза β -эндорфина, являющегося эндогенным опиатным белком, который повышает настроение и снижает болевую чувствительность. Одновременный ответ со стороны нервной и эндокринной систем организма ведет к нейроэндокринной реакции на стресс.

Отрицательный стресс (дистресс). Истощение — это реакция организма на постоянную потребность стадии напряжения в ускоренном обмене веществ. На этой стадии нейрофизиологическая способность эффективно реагировать на стрессовые факторы исчезает, ресурсы адаптации организма исчерпываются. Дистресс — «начальная стадия умирания организма», проявляется вялостью, апатией, психической заторможенностью до уровня ступора и даже внезапной смертью у «тяжелых», престарелых пациентов и маленьких детей.

Таким образом, стресс — это комбинация физических и психологических изменений, которые происходят в организме как реакция на воспринимаемый вызов или угрозу. Это результат взаимодействия человека и окружающей среды. Особенности личности (мотивация, интересы, образование, возраст и т. п.), социальная, психологическая поддержка в т. ч. медицинским персоналом, оценка ситуаций и способность с этими ситуациями справиться влияют на то, как человек реагирует на стресс. В свою очередь, качество реакций влияет на те последствия, которые стресс может оказать на его здоровье.

Стресс и заболевание. Тревога и страх являются нормальной защитной реакцией на возникновение экстренной угрожающей жизни ситуации. Любое серьезное заболевание или травму пациент бессознательно воспринимает как угрозу жизни. Тревога запускает психологический стресс — эволюционно выработанную реакцию «беги или сражайся». В зависимости от личностных характеристик стресс у пациента проявляется активной защитной реакцией — агрессией или пассивной защитной реакцией — уходом в себя, плачем, пассивностью.

Также стресс может привести к снижению когнитивных функций, нарушению речевых функций, дезориентированности. Такая реакция может проявляться исключительно вследствие стресса, даже без учета повреждения нервной системы, травмы или другого нарушения. Невозможность адекватной оценки угрозы жизни утяжеляет восприятие своей болезни и утяжеляет стресс, поэтому и необходима качественная коммуникация

с пациентом, информирование его и получение обратной связи. Помимо физиологического стресса от повреждения НС, помимо психологического стресса от болезни, пациент испытывает стресс от самого процесса госпитализации.

Помещение в незнакомую среду бессознательно воспринимается как угроза. Незнакомое помещение, лишение привычной одежды, отрыв от родных, отсутствие связи с внешним миром, невозможность самостоятельно есть, пить, отправлять физиологические потребности, боль, исчезновение недавно доступных физических возможностей, незнакомые и непонятные люди, незнакомые термины, непонятные манипуляции, непонимание происходящего, непонимание перспектив и многие неизвестные факторы буквально наваливаются на пациента.

Реакция адаптации на острое заболевание и госпитализацию может проявляться у пациента следующим образом:

- заторможенностью;
- нежеланием говорить;
- слезами, жалобами, агрессией;
- попыткой убежать;
- попыткой причинить себе вред (аутоагрессией) — расцарапать кожу, упасть с кровати и т. п.;
- негативизмом — отказом от любой помощи и общения — вырыванием катетеров, игнорированием персонала и т. п.;
- расторможенностью — активным навязчивым общением, неуместной шутливостью, смехом и т. п.

Стресс и ограничение жизнедеятельности (инвалидность).

Если пациент зависим от помощи других, то должен сообщать о своих потребностях посторонним, постоянно просить о помощи, принимать помощь «как дали», не может менять планы, вносить изменения, которые ему нужны. Кроме того, он зависим от окружающих в самых близких к телу вопросах — прием пищи и питья, гигиена, посещение туалета, одевание, в т. ч. нижнего белья, и т. п. Такое состояние вызывает стресс и отрицательные

переживания, такие как снижение самооценки, чувство беспомощности, злость, тревогу, лабильность настроения, чувство безнадежности и т. п. Это приводит к состоянию выученной беспомощности, депрессивным состояниям, когнитивным проблемам и сокращению продолжительности жизни.

Таким образом, задача эрготерапевта — выявить стрессовые состояния, установить, с какими видами ограничений деятельности они связаны, и провести вмешательство, направленное на коррекцию стресса через восстановление или адаптацию активностей пациента, и необходимые изменения среды окружения. Например, пациент после инсульта раздражен, угнетен, сонлив и отказывается от участия в реабилитации. После наблюдения и беседы с пациентом и его женой выясняется, что пациента угнетает наличие подгузника и отсутствие одежды, т. е. пациенту не нравится лежать в палате голым и ходить под себя. При этом пациента можно научить приподнимать таз и при помощи ухаживающих использовать подкладное судно, также он контролирует тазовые функции. Пациенту было предложено надеть футболку и свободные трусы, предложено обучаться приподнимать таз и помогать ухаживающему при использовании судна, а также через какое-то время перейти к обучению пересаживания на прикроватный туалет. Сразу же после надевания футболки и трусов у пациента снизился стресс, он включился в планирование задач реабилитации на ближайшие 7 дней. Это стало возможным потому, что после снижения уровня стресса у пациента появился эмоциональный, когнитивный и физиологический ресурс для адаптации к своему состоянию, а ресурс адаптации является ресурсом реабилитации.

3. ВОЗМОЖНОСТИ И УРОВЕНЬ КОММУНИКАЦИИ, ПОТРЕБНОСТЬ В СРЕДСТВАХ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Коммуникация с пациентом важна для эрготерапевта не меньше, чем правильная поза и приемлемый уровень стресса. Только качественная коммуникация позволит выяснить,

какие проблемы важны для пациента и какие задачи он хочет поставить перед эрготерапевтом, без качественной коммуникации невозможно провести оценку по СОРМ. Без коммуникации с пациентом невозможно будет достичь нужного уровня партнерских отношений и существует риск навязывания мнения специалиста. Однако достаточно часто коммуникации будет препятствовать неправильная поза, в которой пациент не видит собеседника или испытывает боль. Сильный стресс также будет препятствовать коммуникации. Поэтому проблемы позы и стресса часто выносятся на передний план диагностики.

Коммуникация — это способность понимать и быть понятым. Это обмен чувствами, желаниями, мыслями, знаниями, требованиями в любой форме, любым образом, а не только при помощи слов. Разговор без обратной связи не является коммуникацией, поэтому для эрготерапевта важно систематически получать обратную связь от пациента в любой доступной пациенту форме. Коммуникация может иметь разные формы. Вербальная коммуникация — это обмен сообщениями устно и письменно. Невербальная коммуникация — это использование жестов и мимики при обмене сообщениями. Альтернативная коммуникация — это сознательное использование заменяющих средств: жестовые языки, пиктограммы, планшеты, графические символы и т. п. При этом пациент может указывать на символы любым способом — показывать рукой, пальцем, глазами и т. п.

Для того чтобы коммуникация состоялась, необходимы следующие компоненты:

1. Желание (инициатива) и цель;
2. Возможность использовать средства коммуникации ;
3. Принимающий информацию собеседник;
4. Поочередность общения.

Вне зависимости от способа коммуникации, у любого акта коммуникации есть цель.

Например:

- *Сообщить о комфорте или дискомфорте;*
- *Получить желаемое;*
- *Сообщить об отношении к объекту или субъекту;*
- *Передать информацию от третьих лиц;*
- *Прийти к договоренности о действиях;*
- *Сформировать мнение (о себе, третьем лице, событии и т. п.);*
- *Сформировать умение;*
- *Вызвать действие.*

Таким образом, для того чтобы коммуникация состоялась, необходимо иметь цель, мотивацию, средства коммуникации и навыки для использования имеющихся средств коммуникации. Отсутствие любого из этих компонентов сделает коммуникацию трудной или невозможной.

Навык использования доступных средств коммуникации сложный и определяется средой, в которой человек рос и функционирует. Мы говорим на том языке, на котором говорило наше ближайшее окружение, жестикулируем, используем мимику, говорим громко или тихо в соответствии с требованиями среды. Если мы меняем среду, например переезжаем в другую страну, то нам приходится сознательно изучать и нарабатывать новые коммуникативные навыки. Если ребенок с детства имеет иные ресурсы для освоения коммуникации, нежели его окружение, то полноценная коммуникация самостоятельно не разовьется. Например, обычный ребенок, выросший в общине глухонемых, будет использовать жестовый язык и отдельные звуки, но без специального обучения не научится полноценно говорить. Также и наоборот, глухонемой ребенок, выросший в обществе говорящих, без обучения не сможет использовать язык жестов. Пациенту, утратившему привычные коммуникативные навыки в силу заболевания (например, с афазией после инсульта), также понадобится помощь и обучение для освоения новых средств коммуникации и выработки нового навыка коммуникации.

Средствами коммуникации могут быть речь устная и письменная, звуки, мимика, жесты, жестовые слова, рисунки, карточки с изображениями, пиктограммы. Также к средствам коммуникации относят устройства для общения — программы воспроизведения набранного текста, программы (и устройства) озвучивания выбранных изображений, устройства, издающие звуки (звучащие кнопки, звонки, бипперы), устройства, отслеживающие взгляд (айтрекеры), бытовые лазерные указатели и т. п. Арсенал средств коммуникации широк, но самое главное для эрготерапевта — это понимание потребностей пациента в коммуникации и его возможностей, только тогда удастся подобрать средства коммуникации для данного конкретного пациента и научить его ими пользоваться в любой обстановке.

Альтернативные и дополнительные средства коммуникации понадобятся пациенту, у которого нарушена функция речи. Если функция речи нарушена без прогноза восстановления, то средства альтернативной и дополнительной коммуникации будут полностью замещать речь и коммуникация пациента будет восстановлена адаптивным способом. Достаточно часто средства альтернативной и дополнительной коммуникации вводят для временной адаптации коммуникации и для пациентов с хорошим прогнозом восстановления или развития функции речи, так как это снижает стресс пациента от непонимания его потребностей и дает положительный опыт обращения за помощью к окружающим. По мере появления вербальной речи пациент самостоятельно отказывается от карточек и приборов, так как использовать речь для достижения своих целей в обществе говорящих людей проще и эффективней.

При невозможности восстановления функций речи задачей эрготерапевта становится становление навыка альтернативной коммуникации путем:

- *подбора альтернативных\дополнительных средств коммуникации (АДК);*
- *обучения пациента ими пользоваться;*

- *обучения пациента в изменившихся условиях уверенно обращаться к окружающим его людям, в т.ч. обращаться за помощью;*
- *тренировки алгоритмов поведения в типовых бытовых ситуациях, требующих коммуникации.*

Для того чтобы подобрать подходящие пациенту средства АДК, необходимо провести диагностику двигательных, когнитивных, коммуникативных ресурсов пациента. Для того чтобы выбирать (показывать) карточку, нажимать на кнопку или пиктограмму на планшете, необходимо двигать руками или хотя бы пальцем (локтем, носом, ногой) и при этом удерживать позу самостоятельно или при помощи удерживающих устройств. Если пациент совершенно неподвижен, но контролирует движения глаз, ему подходит айтреккер, но не сигнальные кнопки. Таким образом, и при проведении вмешательства, направленного на коммуникацию, эрготерапевт должен начать с оценки позы и двигательных возможностей.

Уровень стресса и когниции пациента также будет влиять на выбор устройства. Не менее важно оценить уровень коммуникации пациента, так, на низком (младенческом) уровне коммуникации пациенту недоступно предметное и абстрактное мышление, а значит, и предметная постановка цели и использование символьных обозначений. Для оценки коммуникации можно рекомендовать матрицу коммуникации (<https://www.communicationmatrix.org/>), позволяющую детально оценить как уровень развития коммуникации, так и отдельные узкие навыки, из которых складывается коммуникация как деятельность. Матрица коммуникации позволяет обследовать уровни коммуникации, составить представление об их комплектности и оценивать динамику работы в баллах.

Что такое уровень коммуникации? Каждый уровень представляет собой комплект узких навыков, в совокупности определяющий возможности передачи и восприятия информации от эмоций (страх, радость, удовольствие) до сложных понятий, позволяющих описывать свои ощущения. Каждый уровень

коммуникации связан с развитием (состоянием) центральной нервной системы и сенсомоторным развитием.

1 уровень коммуникации дает возможность ненамеренно выражать ощущение дискомфорта или комфорта, а также интерес к людям. Этот уровень называют «ранним младенческим», так как он характерен для детей 0-3 месяцев, когда ребенок имеет примитивные эмоции, направленные на выживание (пищевая, оборонительная, ориентировочная реакция), еще не осознает свои эмоции, не имеет возможности регулировать силу эмоций, направленность и продолжительность эмоций. У младенца это связано с физиологически недоразвитыми структурами лобных долей и префронтальной частью коры головного мозга. В некотором роде тело полностью управляет поведением, а мозг еще не осознает, что эмоции можно направить на кого-то, кто может решить проблемы голода или неудобной позы. На этом уровне человек просто сигнализирует в окружающее пространство, что ему хорошо или плохо (не осознавая, с чем это связано), и рассматривает окружающих людей (не понимая, кто это, не имея связанных с людьми ассоциаций). На этом уровне с пациентом можно общаться прикосновениями, интонациями и мимикой. Другие средства коммуникации ему недоступны.

2 уровень коммуникации (младенческий) дает возможность выражать общий протест при дискомфорте, выражение желания продолжать комфортные действия и получить больше комфортных моментов, привлечение внимания к своей персоне. На этом уровне человек уже понимает взаимосвязь между выражением своих эмоций и ответами окружающей среды, но еще не может выражать свои эмоции структурированно. На этом уровне мозг осознает по-прежнему в основном примитивные эмоции. Но уже появляется понимание своих эмоций, направление их на объект-субъект (разделение между живым и неживым еще недоступно). При этом организм еще не может регулировать силу эмоций, но имеются успешные попытки контролировать их продолжительность. На втором уровне коммуникации в комфортном состоянии (сытый, не уставший

и в комфортном состоянии) человек осознанно управляет поведением и движениями. Это дает человеку возможность направлять свою коммуникацию (звуки, движения тела и рук) в сторону объекта коммуникации. На этом уровне ребенок (или взрослый пациент) может привлечь к себе внимание, пожаловаться на боль, дискомфорт или голод, либо выразить желание продолжить некое приятное действие неоднобразными движениями и звуками, направленными на объект взаимодействия. Некоторым пациентам доступна сигнальная кнопка для одного из состояний (привлечь внимание или попросить продлить комфортное действие). С пациентом можно общаться прикосновениями, интонациями, звуковыми сигналами, которые он неплохо воспринимает и интерпретирует.

3 уровень коммуникации (ранний детский) дает возможность своим способом показать отказ или отклонить дискомфортные действия, выразить просьбу продолжить комфортное действие, просьбу о новом действии, просьбу о чем-то большем, просьбу о чем-то новом, сделать выбор, требовать внимания, выразить приязнь. Свой способ означает сложившийся «внутренний язык», т. е. систему понятий, которая транслируется вовне языком, понятным самому себе и непонятным окружающим. В некотором роде, человек на этом уровне коммуникации — иностранец, единственный в мире владеющий этим языком. Часто этот язык бывает освоен родителями или ухаживающими лицами. Это могут быть лепетные слова, звукосочетания, жесты, телодвижения и их комбинации. На этом уровне развития мозга уже доступны усложненные эмоции, осознание и направление эмоций на объекты и субъекты, игры в эмоции, имеется сложность в регуляции силы и продолжительности эмоций. В обычном состоянии (т. е. не испытывая боли, стресса, сильного голода или усталости) человек осознанно управляет движением и поведением. При наличии третьего уровня коммуникации, специалист может понять «язык пациента» наблюдая и повторяя за ним жесты и звуки, а также предлагать простые средства АДК (кнопки «да» и «нет», кнопки с простыми изображениями,

карточки с простыми изображениями), если пациенту доступен указательный жест, а также развивать жестовое и интонационное общение. Также пациент способен понимать интонации, прикосновения, простые слова.

4 уровень коммуникации (детский). На этом уровне пациенту доступно уже неким стандартным, т. е. принятым в его среде коммуникации, способом показать отказ или отклонение дискомфортных действий, просьбу продолжить комфортное действие, просьбу о новом действии, просьбу чего-то большего, просьбу о чем-то новом, выбор, требование внимания, выражение приязни, приветствие, предложение чего-либо, умение делиться, привлечение внимания к событию, вежливость, ответ на вопросы — да и нет, возможность задать вопрос. На этом уровне человек способен к «переводу» своих внутренних понятий на язык его окружения, для выражения потребностей он будет использовать те средства коммуникации, которые регулярно используют вокруг него. На стадии становления коммуникации этого уровня человек будет интенсивно копировать способы общения у окружающих его людей. Это будет выражаться в повторении слов, жестов, интонаций, метода выбора символов и т. п. Для того чтобы четвертый уровень коммуникации был доступен человеку, ему необходимо осознание сложных эмоций, реагирование эмоций, нормирование их силы, продолжительности и направленности в соответствии с требованиями среды, копирование эмоций окружающих, тренировка отторгивания эмоций. Такому пациенту доступно освоить более сложные средства АДК (жесты, карточки с рисунками).

5 и 6 уровни коммуникации во многом схожи. Пациент может, используя конкретную (на пятом уровне) и абстрактную (на шестом уровне) символику, стандартным способом показать отказ или отклонение дискомфортных действий, просьбу продолжить комфортное действие, просьбу о новом действии, просьбу о чем-то большем, просьбу о чем-то новом, свой выбор, требование внимания, выражение приязни, приветствие, предложение чего-либо, умение делиться, привлечение внимания к событию,

вежливость, может дать ответы на вопросы, имеет возможность задать вопрос, назвать предметы и людей, комментировать действия и события. При стандартном развитии здорового ребенка пятый и шестой уровни организм проходит в своем развитии практически одновременно. Если же речь идет о развитии коммуникации ребенка с нарушениями или взрослого пациента с когнитивными нарушениями, то можно увидеть более четкую границу между использованием конкретных и абстрактных символов. Например, дети и пациенты с деменцией могут использовать конкретные символы звукоподражания «д-р-р-р» вместо абстрактного символа — слова «машина», высунуть язык и подышать, чтобы обозначить слово «собака», показать руками форму предмета вместо его названия и т. п. Для того чтобы общаться, используя пятый и шестой уровень коммуникации, необходимо реагирование эмоций, полное управление эмоциями в обычном состоянии, отработка тонких нюансов эмоций, копирование, эмпатия, возможность полного торможения эмоций. Невербальному пациенту на пятом уровне могут доступны любые жесты и изображения в качестве средств АДК. На шестом уровне доступна для изучения также письменная речь и жестовые языки.

7 уровень коммуникации — это полная коммуникация. Человек может, используя возможности речи и невербальных символов, стандартным способом показать отказ или отклонение дискомфортных действий, попросить продолжить комфортное действие, просить о новом действии, попросить о чем-то большем, попросить о чем-то новом, осуществить выбор, требование внимания, выражение приязни, приветствие, предложение чего-либо, ему доступны умение делиться, привлечение внимания к событию, вежливость, ответ на вопросы, возможность задать вопрос, назвать предметы и людей, комментировать действия и события, подбирать варианты ответов, определять социальные роли и менять общение соответственно. Здесь возможно полное осознание своих эмоций, управление эмоциями в любых ситуациях. Невербальному пациенту с таким уровнем коммуникации доступны любые способы АДК, после выбора удобных ему и обучения.

Приступая к оценке коммуникации, нужно учитывать, что у любого человека присутствуют все уровни коммуникации, подобно тому, как присутствуют у любого взрослого первичные выпрямительные двигательные рефлексy. Взрослый человек, у которого была развита высокоуровневая коммуникация, может уйти на первые ее уровни при поражении ЦНС. Поэтому при оценке невербального пациента любого уровня нужно исходить не из его возраста, а из реальной оценки по матрице коммуникации. Также нужно учесть, что коммуникация существенно деградирует при сильном стрессе. Напуганный пациент, не имеющий поражения головного мозга, пациент, испытывающий боль, может показывать лишь базовые коммуникативные навыки до тех пор, пока не придет в состояние комфорта.

4. БОЛЬ, НИЗКАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НАГРУЗКЕ, АСТЕНИЯ, ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА

В процессе диагностики эрготерапевту необходимо выявить, испытывает ли пациент боль при реализации каких-то видов деятельности или постоянно, и насколько эта боль его ограничивает. Восстанавливать деятельность через боль опасно и неэффективно, даже если пациент утверждает, что он привык, что у него «сила воли» и т. п. Системы подкрепления и наказания головного мозга работают на физиологическом, а не на разумном уровне, они позволяют совершить через боль разовое действие, как вероятно необходимое для выживания, но будут постепенно оттормаживать повторные события, приводящие к ощущению боли. Повторяя действия на фоне боли, пациент постепенно и незаметно для себя начнет избегать этих действий и событий, в результате деятельность станет устойчиво ограниченной.

Также важно выяснить, не связана ли боль с неправильной позой или с привычкой неправильно двигаться. Возможно, боль связана с факторами среды. Типичный пример — боль в пояснице из-за того, что пациент постоянно сидит на низковатом для него сидении, в некорректной позе. Из-за чего у него перенапрягаются

мышцы поясницы, а в момент вставания пациенту приходится делать сильный рывок этими же мышцами (использовать правильно мышцы бедра в такой позе крайне сложно). «Вылечить» боль такого происхождения можно за неделю, просто пересадив пациента на более высокое сиденье. Но для этого необходимо понимать связь между предметами, позой и болью. Любой несоответствующий росту, весу, длине сегментов тела, возможностям захвата, возможностям зрения и слуха предмет может стать источником патологических движений и положений, за которым последует боль. Для правильного понимания таких взаимосвязей эрготерапевт должен обладать знаниями в области биомеханики.

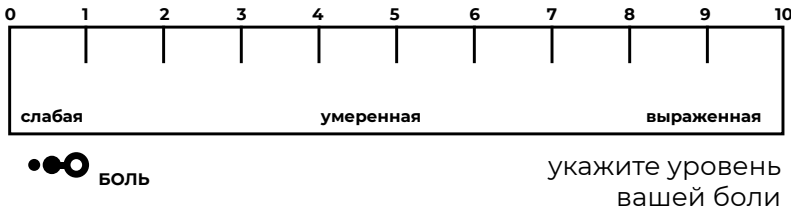
При наличии у пациента боли эрготерапевту доступно использовать вспомогательные средства — тепло или холод на место боли (в зависимости от типа боли и необходимости), противоболевой массаж, при хронических болях — элемента ауто-тренинга. Также нужно направить пациента к лечащему врачу для подбора лекарственной терапии, к физическому терапевту — для получения физиотерапии, массажа, специальных упражнений, психотерапевту или психологу — для углубленной психологической работы с проблемой боли.

Каким образом выявляют и диагностируют боль? Для этого существуют шкалы, опросники и наблюдения за мимикой и жестами пациента. Уровень боли необходимо определять с позиций того, кто испытывает боль, так как нет общих для всех характеристик сильной и слабой боли. Переносимость боли будет зависеть от возраста, усталости, заболевания, наличия других болей, уровня стресса и т. п.

Для говорящих и осознающих себя пациентов можно использовать «шкалу вербальной оценки боли». Это 5-балльная ШВО, которая заполняется со слов пациента:

- 0 баллов — боли нет,
- 1 балл — слабая боль,
- 2 балла — боль умеренная,
- 3 балла — боль сильная,
- 4 балла — нестерпимая, самая сильная боль.

Также используют визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100%, которую предлагают пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений.



Можно использовать шкалу боли «лица» отдельно или совмещая с 10-балльной шкалой.

Описание степени боли с помощью слов	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Боль отсутствует	Легкая боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Сильная боль	Непереносимая боль					
Шкала лиц Вонг—Бэкера											
Шкала переносимости боли	Боль отсутствует	Боль можно игнорировать	Боль мешает деятельности	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает основным потребностям	Боль мешает основному режиму					

В педиатрической практике используют шкалу NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Она предназначена для оценки боли у детей в возрасте до одного года и включает несколько подробно описанных разделов: выражение лица, крик, характер дыхания, положение конечностей и поведение ребенка. Уровень более 3 баллов при оценке свидетельствует о наличии боли; максимальное значение — 7 баллов.

Выражение лица:

- 0 — мимические мышцы расслаблены
- 1 — гримаса

Крик:

- 0 — нет крика
- 1 — хнычет
- 2 — громкий крик

Характер дыхания:

- 0 — спокойное дыхание
- 1 — изменения в характере дыхания

Руки:

- 0 — расслаблены/обычное положение
- 1 — согнуты/разогнуты

Ноги:

- 0 — расслаблены/обычное положение
- 1 — согнуты/разогнуты

Поведение ребенка:

- 0 — спит/бодрствует
- 1 — возбужден

Не саму эту шкалу, но принцип наблюдения за дыханием, мимикой, движениями и звуками, издаваемыми человеком, можно применить при оценке боли у «тяжелого» невербального взрослого пациента.

Резюмируя данный подраздел, необходимо сделать выводы о том, что боль должна быть выявлена, боль должна контролироваться (в том числе лекарственной терапией), если боль имеется, то работа эрготерапевта будет сильно ограничена.

Кроме определения боли, эрготерапевту необходимо понимать, нет ли у пациента ограничений деятельности из-за кислородной недостаточности, низкого или высокого артериального давления, недостаточной толерантности к физическим нагрузкам. При работе в МДБ об этих особенностях пациента сообщает врач. Тем не менее эрготерапевт должен

знать о подобных состояниях, так как они могут возникнуть в процессе работы и при перегрузке пациента.

Для объективного измерения используются тонометры и портативные пульсоксиметры, это оборудование должно быть у каждого практикующего эрготерапевта. Внешне кислородная недостаточность будет сопровождаться одышкой, низкая толерантность — падением артериального давления, вялостью и бледностью пациента. При падении и подъеме артериального давления, появлении одышки, изменении цвета лица, падении сатурации ниже 95 необходимо остановить вмешательство, придать пациенту поддерживаемую позу лежа (или сидя, при некоторых формах дыхательной недостаточности) и сообщить лечащему или дежурному врачу.

Работая с пациентами, у которых определена или подозревается низкая толерантность к физической нагрузке, дыхательная недостаточность, любая нестабильность витальных показателей, необходимо тщательно рассчитать и дозировать вмешательство. Для некоторых таких пациентов продолжительность деятельности может быть 3–5 минут.

5. ОГРАНИЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ НЕОБХОДИМЫХ И ПРИВЫЧНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для того чтобы получить информацию об ограничениях и возможностях деятельности пациента, эрготерапевты используют наблюдение за деятельностью пациента и Канадскую шкалу оценки деятельности (COPM). Для структурирования наблюдений вне COPM и заполнения реабилитационного диагноза для МДБ используют разделы МКФ «активность и участие». Об этом написано в соответствующих частях данного пособия.

6. КАЧЕСТВО НАВЫКА И ПРИВЫЧКИ

И навык, и привычка существенно влияют на наши активности. Для того чтобы ездить на велосипеде, нужно не только знать о велосипедах и том, как на них ездят, но и научиться, т. е. приобрести

сначала умения, а затем и навык (автоматизировать умение). Но и при наличии навыка ездить на велосипеде регулярно мы будем в том случае, если у нас есть привычка это делать. Таким образом, для того чтобы любая активность выполнялась регулярно, нам необходимо пройти все стадии — узнать, получить умение, развить навык, сформировать привычку.

Обследуя деятельность пациента, эрготерапевту необходимо понять, на какой стадии находится данный вид активности, без этого будет сложно выстроить план вмешательства. Возможно, пациент знает и понимает, как выполнять ту или иную активность, но ему не хватает навыка либо отсутствует привычка, и тогда понадобится тренировать навык и (или) вырабатывать привычку. Если пациенту необходимо восстанавливать активность, к которой у него есть привычка, это может усложнять работу при наличии устойчивой инвалидности и упрощать, если у пациента можно восстановить функции. В случае хорошего прогноза восстановления функций (двигательных, когнитивных и пр.), наличие привычки к деятельности обеспечит регулярные тренировки функций в процессе систематического использования активности. Если же пациент не сможет восстановить функции тела и ему нужно восстановить деятельность адаптированным образом, с использованием технических средств реабилитации и (или) адаптивных устройств, то наличие привычки будет усложнять работу, и потребуются время для того, чтобы изменить привычку.

Также при диагностике нужно выяснить, являются ли навык и привычка безопасными с точки зрения рисков падения, ожогов, порезов, утомляемости, дыхательной нагрузки, нагрузки на мышцы, связки, суставы. Помимо этого, имеет значение социальная оценка или приемлемость навыка и привычки. Восстанавливая или формируя навык, эрготерапевт должен позаботиться о том, чтобы деятельность была эффективна для пациента, безопасна для пациента и окружающих и социально приемлема для ближнего и дальнего круга общения пациента.

7. ВЛИЯНИЕ СРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА

Для практикующего эрготерапевта большое значение имеет оценка влияния среды окружения на деятельность пациента. Фраза «окружение влияет на деятельность, деятельность организует окружение» для эрготерапевта не догма, а рабочий алгоритм. Невозможно представить себе человека, поднимающегося по лестнице без лестницы, перекапывающего грядки на кухне, катающегося на лыжах без лыж и т. п.

Соответственно, оценивая деятельность «подниматься по лестнице», нам нужно знать характеристики этой лестницы. Какова высота ступеней, скользкие ли они, сколько ступеней необходимо пройти до нужного места, есть ли перила, какое освещение на лестнице, душно ли там и т. п. Оценивая деятельность «приготовление пищи», эрготерапевту необходимо выяснить, какую пищу привычно готовил пациент, какие компоненты ему нужны, где они хранятся, какая посуда и приборы используются, какой мебелью пользуется пациент, каково освещение на кухне, и даже какую одежду и обувь носит пациент при приготовлении пищи.

Если у эрготерапевта не будет этой информации, он не сможет понять, что ограничивает деятельность пациента в большей степени: плохое зрение или плохое освещение и бликующая поверхность стола, боль в руке или неподходящая высота стола, неудобный стул, тяжелая узкая рукоятка ножа и т. п. Понимая, какие предметы влияют на элементы деятельности пациента и как именно они влияют, эрготерапевт может прицельно модифицировать окружение под потребности пациента. Недостаточная диагностика приведет к выдаче неких «стандартных адаптивных устройств», что недопустимо в работе эрготерапевта. Для того чтобы детально оценить окружение пациента, удобно использовать Международную классификацию функционирования и ограничений жизнедеятельности, раздел «факторы среды».

Всего их пять, это:

1. Продукция и технологии;
2. Поддержка и взаимосвязи;

3. Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком;
4. Установки;
5. Службы, административные системы и политика.

Первый раздел содержит: пищевые продукты и лекарства; оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их; транспорт и любые средства передвижения; любые средства связи и коммуникации; изделия и технологии обучения; технологии и орудия труда и занятости; оборудование изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта; изделия и технологии для религиозной и духовной практики; продукция и технологии обустройства внутренней и внешней окружающей среды, которые запланированы, спроектированы и выполнены для общественного пользования, включая адаптированные или специально разработанные их виды; продукция и технологии обустройства внутренней и внешней окружающей среды, которые запланированы, спроектированы и выполнены для частного пользования, включая адаптированные или специально разработанные их виды; продукция и технологии землепользования (в сельской местности, в городе и парках, включая тротуары, дороги и т. п.); продукция или объекты экономических взаимоотношений: деньги, товары, собственность и другие ценности, которыми индивид владеет или которые он имеет право использовать;

К второму разделу относятся: объекты физической географии, население, флора и фауна, климат, природные явления, изменения в природе, произведенные человеком (например, экологические проблемы), освещение искусственное и естественное, изменения, связанные со временем (влияние времени суток), звуки естественные и искусственные, вибрация, качество воздуха.

Третий раздел необходим для описания влияния живых факторов среды. Это: семья и ближайшие родственники, отдаленные

родственники, друзья, знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества, лица, обладающие властью и авторитетом, подчиненные, персонал, осуществляющий уход и помощь, посторонние лица, домашние животные, профессиональные медицинские работники, работники других профессиональных сфер.

Четвертый раздел описывает установки вышеперечисленных лиц. Под установками подразумеваются устойчивые убеждения и привычки, влияющие на пациента. Например, гиперопека или убеждения в том, что коляска мешает научиться ходить, или вера в то, что средства альтернативной коммуникации мешают начать говорить и т. п. Установки, как и другие факторы среды, могут быть положительными (поддерживающими) или барьерными.

Пятый раздел относится: 1. К службам, предлагающим услуги, сложившимся программам и действиям в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида (включая лиц, обеспечивающих услугами этих служб). Службы могут иметь общественный, частный или добровольный характер и могут быть организованы на местном уровне, уровне определенного сообщества, региональном, республиканском, государственном, национальном или международном уровнях предпринимателями, ассоциациями, организациями, агентствами или правительством. Продукт, предлагаемый этими службами, может быть общим, адаптированным или разработанным специально. 2. К административным системам, которые включают административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной властью или другой признанной властью. Эти административные системы предназначены для организации, контроля и мониторинга деятельности служб, предлагающих услуги, сложившихся программ и действий в различных областях жизни. 3. К политике, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные местной, региональной, национальной, международной властью или другой признанной властью. Согласно политике,

осуществляется деятельность и регулируются системы организации, контроля и мониторинга деятельности служб, предлагающих услуги, сложившихся программ и действий в различных областях жизни за ними.

При работе в МДБ эрготерапевт должен уметь провести ранжирование и дать оценку от 0 до 4 всем факторам среды, влияющим на пациента. В рамках эрготерапевтического вмешательства специалист должен дать краткое, но понятное описание того, как предмет, человек, событие или институция влияет на конкретную активность пациента. Для того чтобы наработать навык видеть взаимодействие человека с окружающей средой, начинающему эрготерапевту полезно будет наблюдать за своими бытовыми действиями, отмечая количество используемых предметов и то, каким образом он с ними взаимодействует.

ОБОБЩЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. МЕТОД ДЕЛЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА 4 БЛОКА

У специалистов часто бывает непонимание того, что же делать с собранной информацией. Информации очень много, и она разнородна. Как ее применить в работе?

Всю полученную информацию можно первично разделить на четыре блока по целям применения:

- Блок № 1 — проблемы клиента, с которыми специалист будет работать на данном коротком этапе.
- Блок № 2 — возможности клиента, то, что может стать его ресурсом при проведении вмешательства.
- Блок № 3 — ресурсы эрготерапевта для данного клиента.
- Блок № 4 — дополнительная информация.

1 блок. Проблемы клиента, они же — задачи для специалиста. Это те проблемы деятельности, которые станут задачами в работе, те проблемы, на основании которых будет поставлена краткосрочная цель. В этот блок специалист

включает то, с чем будет работать в данном цикле реабилитации. К проблемам могут относиться ограничения в области самообслуживания, общения, обучения, выполнения различных действий, движений и т. п. Также к числу проблем-задач можно отнести отсутствие у родственников пациента навыков общения, позиционирования, правильного взаимодействия, неинформированность о проблемах пациента и задачах реабилитации и т. п. В этот блок НЕ попадают те проблемы, которые специалист не берет в работу на данном коротком этапе. Продолжительность короткого этапа может быть от 2 до 10 дней, в зависимости от места проведения эрготерапии, состояния и потребностей пациента.

Какие проблемы выбрать и сделать задачами? Те, которые важны для семьи и клиента (выбраны им совместно с специалистом), наиболее значимы СЕЙЧАС (без их решения вмешательство не будет эффективным), специалист знает, как решать эти проблемы, и имеет нужные ресурсы. На практике таких задач не будет более 5-7 для каждого нового этапа вмешательства.

2 блок. Возможности (ресурсы) пациента. Сюда необходимо отнести все, что помогает или может помочь пациенту справиться с проблемами и начать лучше функционировать в жизни. Это может быть: умение двигать руками при проблемах ходьбы, использование руки, если не работает вторая, сильный характер, мотивация к движению, обучению или общению, любознательность, желание заниматься каким-либо видом деятельности, общаться, играть и т. п. Сюда же следует отнести родственников, желающих обучаться и сотрудничать, финансовые возможности семьи, наличие автотранспорта, качественных ортезов и ТСР, навыки, психологическое состояние и информированность семьи в отношении реабилитации и состояния пациента и т. п.

3 блок. Ресурсы специалиста. Знания, умения и навыки для работы с данным пациентом (и семьей), умение проводить диагностику, решать проблемы семьи и клиента, проводить различные занятия, владение различными методиками и т. п. Нужно оборудование, помещение, помощники, консультанты и т. п. На

данный момент в России практически нет специалистов, получивших структурное образование в области эрготерапии и имеющих возможность работать в комплектных эргокабинетах или эргоквартирах, имеющих необходимые ресурсы для домашних визитов. Следовательно, эрготерапевту крайне важно критично и достоверно оценить свои умения и доступные материальные ресурсы, чтобы вмешательство было максимально эффективным для пациента, а не напоминало фантастическое произведение. Здесь работает принцип — лучше меньше, да лучше.

4 блок. Дополнительная информация. В этот блок попадают сведения о пациенте, которые специалист должен учитывать при работе с ним. Здесь будут проблемы здоровья, не относящиеся напрямую к профилю работы эрготерапевта. Например, сведения о наличии диабета или очагах в головном мозге. Эрготерапевт должен учесть эти проблемы как ограничивающие здоровье пациента, но решить их эрготерапевт не может. Здесь же будут проблемы здоровья, которые специалист не может решить на данном этапе работы из-за недостатка времени или ресурсов среды клиента. Например, клиент неправильно и опасно передвигается. Но на этом этапе работы можно успеть только лишь снизить стресс, научить клиента общаться с родственниками и специалистом и начать тренировать корректное сидение на правильном стуле. Здесь же будут и проблемы, которые специалист уже увидел, но его опыт и квалификация еще не позволяют решать эти задачи эффективно.

Блок 4 связан с блоком 3 (ресурсы специалиста). Проблемы из этого блока могут перемещаться в блок 1 (проблемы=задачи), если ресурсы специалиста увеличатся.

Проблемы пациента = задачи реабилитолога

Дополнительная
информация

Ресурсы
специалиста

Ресурсы
клиента

Как часто проводить оценку (диагностику)?

У диагностики есть две задачи. Первая задача — определить, как проводить реабилитацию, какие проблемы пациента необходимо решить. Вторая задача — определить, достигли ли вы цели, решили ли вы поставленные задачи. Первичная диагностика необходима для решения первой задачи. Завершающая диагностика нужна для решения второй задачи. Промежуточная диагностика нужна для достижения обеих задач.

Соответственно, диагностика проводится в начале курса, в середине, по мере достижения краткосрочных целей и в конце курса реабилитации. Диагностику необходимо проводить по завершении каждого этапа занятий, в тот день, когда эрготерапевт должен был достичь цели, поставленной для этого этапа.

После каждой новой диагностики данные будут меняться и переноситься в другой блок. Например, у пациента могут расширяться ресурсы после обучения родителей или после получения навыков коммуникации. Или специалист получит дополнительный опыт и расширит свой ресурс, после чего сможет решить проблемы из числа дополнительных, и эти проблемы перейдут из блока № 4 в блок № 1. В любом случае именно проблемы из блока № 1 становятся задачами для построения вмешательства.

НАПРАВЛЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЭРГОТЕРАПИИ

Эрготерапия не имеет нозологической направленности, т. е. не существует «эрготерапии при инсульте» или «эрготерапии при переломе ноги». Это связано с тем, что даже если пациенты абсолютно идентичны по типу нарушения, они будут иметь различные привычные виды деятельности, связанные с их полом, возрастом, средой, образованием, жизненным опытом и условиями среды.

Например, пациент с переломом голени может оказаться женщиной, живущей в крупном городе, у которой трое маленьких детей, пожилой жительницей деревни, которой нужно доить корову, или фотографом-фрилансером. У всех этих пациентов будут

различные виды деятельности в различных условиях среды, разные сценарии похожих активностей, различная физическая нагрузка, различные виды отдыха и т. п. Следовательно, эрготерапевта, в силу специфики его профессии, будет в большей степени интересовать деятельность, среда и личные особенности пациента, чем его заболевание. Нарушение или заболевание будет важно, в основном, как фактор, ограничивающий деятельность, и не иметь самостоятельной значимости для эрготерапевта.

Тем не менее эрготерапевты могут иметь своего рода специализацию, работая с определенными группами пациентов, например детьми с ДЦП или взрослыми с рассеянным склерозом. Такая специализация дает обширные знания о специфике подобных пациентов, включая особенности проведения диагностики для той или иной группы. Но если проанализировать вмешательства эрготерапевтов, имеющих такую специализацию, то будет заметно, что сами вмешательства не имеют выраженных специфических различий.

Таким образом, эрготерапевты используют одинаковые подходы для различных пациентов с различными заболеваниями и состояниями, но должны знать о специфике различных патологических состояний, чтобы их вмешательство было более эффективным и индивидуализированным. Эрготерапевт может проводить вмешательство для пациента с любым заболеванием в остром периоде на первом, втором и третьем этапе реабилитации, в условиях отделения реанимации — интенсивной терапии, в палатах стационара, в эргозоне (эргокабинете) стационара, в амбулаторных условиях, в санатории и на дому.

СПЕЦИФИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Пациенты с поражением головного мозга разнообразны и неоднородны по нарушениям функций организма. Здесь можно увидеть большой разброс — от «тяжелых» и быстро истощающихся

пациентов отделений реанимации до «почти здоровых», например с легким парезом в стопе или лицевой мускулатуре и без других проявлений. Сильно будут различаться когнитивные функции пациентов — от тяжелых нарушений памяти, внимания, волевых функций до абсолютно сохранной когниции.

Работающий с этой категорией пациентов эрготерапевт должен владеть методиками использования альтернативной и дополнительной коммуникации, так как существенная часть пациентов будет иметь сенсомоторные афазии, препятствующие не только произнесению, но и пониманию сказанных и написанных слов, часть будет иметь моторную афазию (понимать, но не воспроизводить речь), часть не сможет говорить из-за наличия трахеостомы, и лишь небольшая часть не будет иметь речевых нарушений. Также одни пациенты будут находиться в остром состоянии после недавно случившегося инсульта или травмы головы, другие будут проходить реабилитацию через год после заболевания. При этом одинаковые по уровню поражения головного мозга пациенты покажут разные формы адаптации к заболеванию, разную мотивацию, разное понимание своих проблем и самые разнообразные проблемы ограничения активностей. Таким образом, повреждения головного мозга будут иметь самые широкие и разнообразные последствия для всех компонентов здоровья. Поэтому и здесь нельзя говорить о наличии технологии «эрготерапия при инсульте» или «эрготерапия при ЧМТ», но можно и нужно проводить вмешательство по восстановлению привычной деятельности, если она ограничена, вне зависимости от сроков, прошедших после заболевания или травмы.

Какие проблемы мы можем увидеть чаще всего в популяции пациентов с инсультом:

- Нарушения глотания, речи;
- Тяжелые психологические и поведенческие проблемы – снижение мотивации, тревога, стресс, депрессии, нарушения коммуникации;

- Долгий период зависимости от помощи ухаживающих;
- Двигательные нарушения (парезы, пlegии);
- Нарушения сенсорной чувствительности (тактильная, болевая, слух, зрение, вкус, обоняние);
- Головокружения;
- Атаксии;
- Когнитивные нарушения (памяти, внимания, праксиса, речи);
- Неглект (синдром игнорирования);
- «Проблемные суставы» — плечевой, тазобедренный, голеностопный, запястный.

Какие основные проблемы мы можем увидеть у пациентов после черепно-мозговой травмы? Это:

- «Тяжелые» пациенты в ОРИТ.
- Низкий уровень сознания.
- Низкая толерантность к нагрузке — «5 минут на реабилитацию».
- Часто встречающиеся нарушения глотания и речи.
- Тяжелые психологические и поведенческие проблемы — снижение мотивации, тревога, стресс, депрессии, нарушения коммуникации.
- Долгий период зависимости от аппаратной и другой внешней поддержки функций, вследствие этого трахеостомы, гастростомы и т. п.
- Двигательные нарушения (парезы, пlegии).
- Нарушения сенсорной чувствительности по различным системам.
- Головокружения.
- Атаксии.
- Когнитивные нарушения (апраксии, агнозии, нарушения внимания, памяти и т. п.).
- Неглекты.
- ПИТ-синдром.
- Контрактуры.



рис. 4



рис. 5

Общие направления работы эрготерапевта при острых заболеваниях и поражениях ЦНС, реализующиеся как последовательно, так и одновременно:

1. Профилактика развития ограничений жизненного функционирования. Например, в период нахождения в реанимации, в постели лежа или сидя.

2. Нормализация жизни = восстановление привычной и востребованной пациентом деятельности (обучение, переобучение, адаптация среды, адаптация задачи, ортезирование, подбор ТСР для реализации активностей).

Какие задачи понадобится решить для помощи пациенту на ранних этапах лечения инсульта или ЧМТ. Это будет обучение пациента безопасной деятельности в условиях палаты и отделения (максимально эффективное и возможное самообслуживание), при возможности подключение досуга, для снижения дезадаптации и создании базы для реабилитации через досуг.

Необходимо исходить из того, что лежащий пациент тоже может развивать самообслуживание. Брать предметы с тумбочки или из кровати, изменять позу в кровати, обтираться салфетками, полотенцем, пользоваться бумажными платками, причесываться, общаться, слушать музыку, использовать планшет, принимать пищу и решать другие посильные задачи. Пациент, переведенный в палату, достаточно стабилен для самообслуживания в позе лежа, хотя бы в непродолжительные отрезки времени (5–15 минут). Если же пациенту не создать условия среды, позволяющие использовать руку, то он будет инвалидизироваться, теряя навыки.

Возможность самообслуживания определяется толерантностью к нагрузкам, наличием болей и повреждений суставов, желанием что-то сделать, пониманием задачи, а не диагнозом «инсульт» или ЧМТ. Для того чтобы пациент мог безопасно реализовать нужные активности, эрготерапевт должен помочь пациенту принять правильные функциональные позы или придать их, снабдить нужными предметами (при необходимости, адаптированными) расположить их в доступных (по возможностям

пациента) местах, контролировать и при необходимости направлять активность физическими и вербальными подсказками. Если состояние пациента позволяет его устойчиво и безопасно посадить, то спектр активностей сразу расширится.

Сидящий человек может:

- Умываться влажным полотенцем или водой из тазика;
- Вытирать лицо и руки полотенцем;
- Раскладывать посуду и пищу на прикроватном столике, приготовить простые виды пищи (сделать бутерброд, смешать простой салат, заправить еду соусом и т. п.);
- Принимать пищу и питье;
- Надевать одежду и обувь;
- Читать, слушать музыку, общаться с другими людьми, играть в карты, шахматы и т. п., разгадывать кроссворды;
- Использовать телефон;
- Работать на компьютере или планшете.

Безусловно, многие из этих активностей придется понемногу тренировать, создавая среду, в которой они смогут быть безопасно реализованы. Например: придать правильную позу сидя, в которой пациент будет опираться ногами на пол; возможно, создать поддержку для спины или таза; оборудовать рабочее место; пододвинуть тумбочку или прикроватный стол, разместить предметы в удобных и доступных пациенту местах; адаптировать предметы для захвата или подтягивания пораженной рукой и т. п.

Также важно обучить ухаживающих не мешать деятельности пациента, не делать все за него, а лишь помогать довести активность до ее завершения. Например, пациент может брать кружку или бутылку с водой, а ухаживающий поддерживает ее под дно. Это тренирует руку, координацию, когнитивность, в отличие от ситуации, когда пациента поят чужими руками. Если пациент при приеме пищи не может поднести ко рту ложку, возможно, он сможет это сделать с хлебом, и задача эрготерапевта — вычленив фрагменты активности, которые пациент сможет реализовать.

Если пациент может пересаживаться, то нужно стремиться к тому, чтобы в кровати пациент только спал и отдыхал. Есть, пить, читать, общаться, использовать средства связи, компьютер и т. п. пациент должен не в кровати. Как только активности пациента перемещаются из кровати в такую зону для работы, он становится более мотивированным, у него прогрессирует восстановление когнитивных, двигательных, речевых функций. Пациента, способного пересаживаться с помощью, необходимо начать обучать использованию прикроватного туалета. Это также будет способствовать тренингу когнитивных и двигательных функций, кроме того, это восстанавливает самоуважение пациента.

Если пациент может стоять и ходить, то деятельность его еще более расширяется. Пациент сможет, например, подойти к умывальнику и умыться, сходить посмотреть в окно, дойти до туалета, до сестринского поста, до зоны отдыха или телевизора в коридоре и т. п. Эти виды деятельности также требуют тщательного планирования и обеспечения безопасной среды. Например, на ногах пациента должна быть обувь не слишком тяжелая, облегчающая ногу, с задником, не скользкой, достаточно жесткой подошвой. Такая обувь должна способствовать безопасной ходьбе и надежному сцеплению с полом. Категорически недопустимы шлепанцы, любая обувь без задника, обувь, не фиксирующая голеностоп. Пациент должен быть одет в безопасную одежду, которая не расстегивается, не съезжает, не развевается на ходу, не сковывает его движения. Оптимальным является трикотажный костюм.

При организации деятельности пациента с поражением головного мозга необходимо учитывать наличие неглекта и когнитивных нарушений. Следует учесть, что ранняя организация деятельности (с первых дней поражения) помогает решить проблему неглекта, работать с когнитивными нарушениями. При наличии когнитивных нарушений пациенту могут понадобиться простые, короткие подсказки или инструкции, составленные совместно с пациентом и (или) его родственниками. Возможно, придется использовать визуальное расписание в форме рисунков или

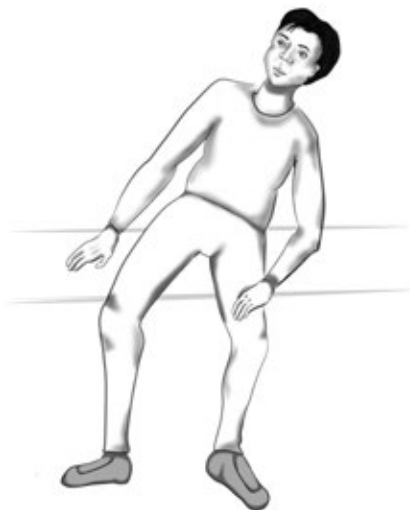


рис. 6

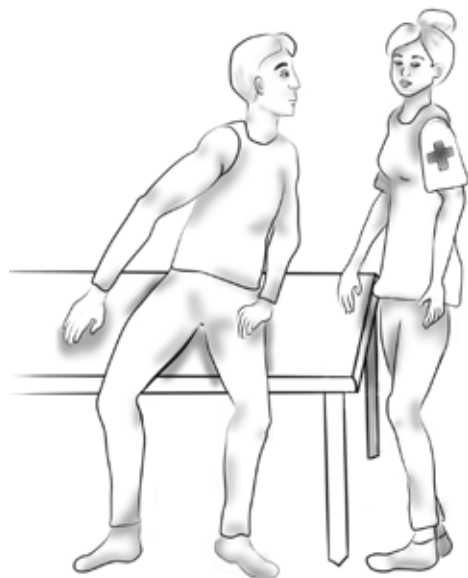


рис. 7

пиктограмм, подсказывающих последовательность действий. Может понадобиться предварительный показ деятельности специалистом или родными или режим физической инструкции, когда движение направляется легкими прикосновениями к руке и нужному предмету.

Неглект — это феномен нарушения межполушарных связей головного мозга, в результате которого пациент игнорирует пространство с той или иной стороны. Игнорирование может проявляться в том, что пациент не воспринимает сенсорные стимулы из выпавшей части пространства (справа, слева, или по квадратам). Неглект не означает поражения зрения, слуха или снижения чувствительности, страдает именно процесс восприятия стимула системами головного мозга. Неглект может быть зрительным, слуховым, тактильным, проприоцептивным, но чаще всего бывает смешанным. Проявляться неглект может следующим образом: пациент не распознает половину или квадрат изображения либо текста, пациент не распознает речь со стороны неглекта (слышит слова как шум), пациент не использует руку или ногу, если не контролирует ее взглядом обоих глаз. Кроме того, у пациента может сформироваться специфическая поза, своеобразный перекося тела на сторону неглекта или, реже, в здоровую сторону. При поражении всей половины тела, пациент будет систематически «заваливаться» на пораженную сторону при сидении и падать при вставании. (рис. 6, 7)

При наличии неглекта необходимо стимулировать предметную деятельность двумя руками (бимануальную), также результативна будет деятельность перед зеркалом и под зрительным контролем. Пациенту с неглектом удастся контролировать игнорируемую конечность, если он ее видит в зеркале или смотрит на нее. Задача эрготерапевта — организовать деятельность пациента так, чтобы иметь возможность постоянно привлекать зрительное внимание пациента к игнорируемой стороне или конечности.

В начале работы с неглектом необходимо подходить к пациенту со здоровой (не игнорируемой стороны), с этой же стороны

здороваться, располагать предметы и начинать деятельность. После того как пациент освоит предметы и восстановит активности, т. е. он будет иметь четкое представление о том, какими предметами пользуется и какие действия выполняет, предметы и деятельность переносятся на сторону неглекта. Так как суть неглекта — это потеря сенсорного внимания, то такое внимание необходимо постепенно натренировывать, расширяя его объем.

Необходимо учесть, что можно достичь хороших результатов по работе с неглектом, если пациент выполняет деятельность с удовольствием. Получение удовлетворения при завершении действия способствует быстрому запоминанию движения и сенсорного различия. При отсутствии удовлетворения результат будет не очень заметным.

Если вмешательство проводится в кабинете эрготерапевта, то ставится задача восстановить повседневную деятельность перед возвращением домой. Деятельность, которую восстанавливает эрготерапевт, выбирает сам пациент в процессе оценки по Канадской шкале оценки деятельности. Если деятельность навязана специалистом, не нужна и не интересна пациенту, это не эрготерапия и это не приносит пользы. Для того чтобы сделать деятельность выполнимой, эрготерапевт временно или постоянно адаптирует орудия деятельности, рабочие поверхности. Также для многих пациентов придется адаптировать сценарий выполнения активности.

Важно! Деятельность, над восстановлением которой работает эрготерапевт, не должна быть имитацией. Нет смысла крутить дверную ручку в стене, надевать и снимать крючки, переключать выключатели и кубики, открывать двери, ведущие в никуда. Эрготерапевты используют только действия, имеющие цель. У любого обычного действия всегда есть цель. Например, если человек открыл дверцу шкафа, то он взял нужную вещь, а не открывает и закрывает двери. Если человек взял в руку предмет — для дела и определенной цели, а не для того, чтобы тренировать захват. Только так навык может быть восстановлен. Бесцельные же движения не

запоминаются как фрагмент выполнения жизненной задачи и к восстановлению навыка не приведут. Эрготерапевты не используют имитационные активности (например, «резать» резиновый хлеб, крутить выключатель на стенде и т. п.) не играют со взрослыми людьми детскими игрушками, не учат цвета и буквы, не развивают мелкую моторику, не используют эргопанели и эргостолы! Учить пациента через имитацию — это напрасная трата его времени и ресурсов, потому что выученные действия не соответствуют реальным, **а цель работы эрготерапевта — восстановление навыка из повседневной жизни пациента.** «Намазывание» игрушечного хлеба ненастоящим маслом не дает навык приготовления бутерброда. Давайте сравним работу на эргостоле или игру с пирамидками с приготовлением бутерброда.

Реальное приготовление бутерброда проходит по такому сценарию: надо понять, что хочешь съесть, вспомнить, что есть из ингредиентов и где они лежат, сходить (произвести вставания, шаги, развороты, повороты, наклоны) за хлебом, взять хлеб (произвести захваты, манипулирование, контроль баланса), принести его (контроль предмета в руках в процессе ходьбы). Повторить процесс для масла, сыра и т. п. выбрать удобное место и разместить ингредиенты, взять и разместить приборы (нож, доску, тарелку и т. п.) принять устойчивую позу, манипулировать приборами и продуктами до достижения результата. В процессе контролировать свою безопасность (нож) и чистоту одежды, продуктов и т. п. Проверить соответствие задач и результата. Съесть бутерброд, осознать достижение цели. Таким образом, когда мы начинаем приготовление бутерброда, мы думаем о том, как его съедем, а не о том, как надо тренировать мелкую моторику. Соответственно, и цель работы эрготерапевта — пациент, который может приготовить себе бутерброд, а не пациент с «развитой мелкой моторикой».

Деятельность должна быть привычной для пациента или ему нравится. Если пациент никогда не лепил ничего из глины и не хочет — этим заниматься не нужно!

Бытовая деятельность должна:

- *входить в рутину;*
- *быть выполнимой в тех условиях, куда пациент вернется.*

Не нужно учить залезать в душ пациентку, живущую в деревне и моющуюся в бане. Не нужно учить готовить на газовой плите человека, у которого дома электроплита. Все, чему мы научим, должно быть выполнимым в условиях жизни пациента и полезным пациенту дома.

Если эрготерапевт работает с пациентом на дому или в учреждении третьего этапа реабилитации, к тем задачам, которые были описаны выше, добавится работа над восстановлением привычной деятельности в более широком спектре (сложное самообслуживание, работа, уборка квартиры, помощь членам семьи, уход за домашними животными, приготовление пищи, перемещение в квартире и за ее пределами при решении жизненных задач, общение, досуг и т. п.).

На всех этапах и стадиях реабилитации от эрготерапевта требуется принять участие в подборе технических средств реабилитации и адаптации, достаточно часто — в их изготовлении, с учетом привычных или востребованных пациентом видов деятельности. Многие виды деятельности могут быть тренированы и восстановлены только при наличии ортезов и ТСР.

Эрготерапевт должен быть в курсе и участвовать в обсуждении назначения и приема препаратов. **Во-первых**, лекарства являются факторами среды для пациента. Они могут стать факторами барьерными (много таблеток, сложные схемы приема, сложные инъекции, дорогие лекарства) или поддерживающими (комбинированные препараты, простые схемы приема, недорогие препараты). Пациент будет принимать только то количество лекарств, которое не будет вносить дискомфорт в его жизнь. Эрготерапевт помогает выбрать схемы, выполнимые для пациента и принимаемые пациентом, встроить деятельность по приему лекарств в рутину пациента, иначе лекарственная терапия может остаться только записями на бумаге. **Во-вторых**, прием

лекарств требует выработки навыка и привычки. Эрготерапевт помогает выработать навык и привычку, с учетом возможностей пациента и тех, кто за ним ухаживает.

Пациенту могут понадобиться устройства, облегчающие прием лекарств — таблетницы обычные, таблетницы с цветовой маркировкой, таблетницы с таймером, расписания, визуальные расписания для пациентов, не воспринимающих речь, подсказывающие программы для смартфона и т. п. Устройства подбираются в соответствии с возможностями и ограничениями пациента (видит, распознает, захватывает, удерживает, открывает, закрывает, в какой позе может глотать, запоминает свои действия и т. п.).

В-третьих, лекарства оказывают влияние на реабилитацию. Например пациент, получающий препарат типа феназепама, будет неадекватно реагировать на сенсорный тренинг, ему будут хуже даваться сложные манипуляции и действия, требующие точной координации. Пациент, получающий растормаживающие, витаминopodobные препараты, нейропептиды и т. п., будет лучше восстанавливаться, но при наличии адекватной реабилитационной нагрузки, которая дается в определенный временной промежуток, после введения лекарств.

СПЕЦИФИКА ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Основные группы кардиологических заболеваний, проходящих реабилитацию:

- *инфаркт миокарда;*
- *ишемическая болезнь сердца;*
- *врожденные и приобретенные пороки сердца;*
- *последствия воспалительных заболеваний сердца;*
- *грубые нарушения ритма и проводимости;*
- *артериальная гипертензия.*

В российской практике помощь эрготерапевта пациенту с кардиологическим заболеванием оказывается пока крайне редко, и даже высказывается мнение, что этой группе пациентов

такая помощь не нужна. Итак, нужно ли кардиологическому пациенту восстанавливать повседневную деятельность?

Более половины пациентов, перенесших даже умеренное кардиологическое заболевание, вынуждены менять образ жизни, отказываясь от привычных видов деятельности. Более всего страдает работа, связанная с высокими физическими или психологическими нагрузками, сельскохозяйственные активности, воспитание детей и уход за ними, ведение сложных видов домашней работы, покупки в магазине, активный отдых и спорт. Пациент делается зависим от поддержки семьи, не уверен в себе, испытывает стресс, резко снижает любую двигательную активность. При этом, на самом деле, пациент может осуществлять все эти виды деятельности, если его обучить иной структуре, ритму и темпу активностей.

Какие возможности дает помощь эрготерапевта пациенту с кардиологическим заболеванием? Пациент, вовлеченный в доступную повседневную деятельность уже на ранних этапах заболевания, испытывает меньший стресс, у него не развивается либо минимизируется дезадаптация и чувство беспомощности. Типичные примеры поведения пациента с инфарктом в острой стадии — боязнь движений, беспомощность, тревожность и полная пассивность либо, наоборот, попытка двигаться в полном объеме, несмотря на ограничения режима, например самостоятельно посещать туалет. Оба варианта поведения приводят к осложнениям, в т. ч. тяжелым. Если же в ходе вмешательства пациенту будет предложена посильная и безопасная деятельность по самообслуживанию, а небезопасная деятельность будет модифицирована, то восстановление пациента будет более эффективным и быстрым.

Еще одна типовая проблема таких пациентов — это низкий комплайнс, т. е. невысокая приверженность к выполнению рекомендаций и приему лекарств. Необходимость принимать лекарства, диета и двигательная нагрузка, по оценке пациента, не облегчают жизнь, а отнимают время и отвлекают от привычных активностей. Для выработки привычки

принимать лекарства ее надо тренировать задолго до выписки, так как любая привычка вырабатывается от 2 до 4 недель. Эрготерапевт поможет встроить активности по поддержанию своего здоровья в рутину пациента, в соответствии с его привычками и видами занятости. Также многим пациентам понадобятся различные устройства, способствующие правильному приему лекарств: простые и электронные таблетницы, электронные приложения (дневники, таймеры), визуальные расписания и т. п. Эти устройства подбираются сугубо индивидуально, исходя из особенностей пациента (двигательных возможностей, удобства захвата и открывания, возможностей зрения, памяти, привычек, эстетических предпочтений, распорядка дня и т. п.).

Специфика состояния кардиологических пациентов:

- снижена толерантность к физической нагрузке;
- боязнь физической нагрузки, отказ от многих повседневных активностей;
- одышка;
- боязнь одышки и боязнь задохнуться, страх боли в грудной клетке;
- страх смерти;
- страх самостоятельной жизни, потребность в психологической поддержке;
- раздражительность или плаксивость, дисфоричность, потребность жаловаться;
- некритичная оценка физических возможностей и перспектив (занижена или завышена).

Какие активности страдают больше других?

- активный отдых, прогулки, общение с людьми;
- ходьба на дальние расстояния;
- работа за деньги;
- покупки, посещение банка, почты и т. п.
- перенос крупных и тяжелых предметов;

- сельскохозяйственная деятельность, охота и рыбалка как работа;
- уборка дома, приготовление пищи, требующее стояния у плиты или длительных перемещений;
- сложные гигиенические действия – мытье длинных волос, уход за ногами, мытье всего тела;
- надевание сложной и уличной одежды, обувание;
- прием лекарств и соблюдение лечебного и восстановительного режима.

Общие задачи эрготерапевта для таких пациентов:

1. Выявление ограничений деятельности – в отличие от пациентов с двигательными нарушениями, кардиологические пациенты не всегда понимают, что и насколько у них ограничено, особенно на первом и втором этапе реабилитации. Крайне важно выявить истинные ограничения деятельности и их уровень совместно с пациентом.
2. Провести оценку среды, в т. ч. домашней среды. Деятельность в стационаре (санатории) и дома будет сильно различаться, и это очевидно для пациента, пока он находится не дома.
3. Составить план вмешательства и реализовать его.

Частные задачи эрготерапевта:

1. Обеспечить максимальную независимость пациента дома. Если пациента пожилой, то для него важно максимально сохранить все рутинные активности. Снижение объема активностей приводит к снижению общей подвижности и нарастанию когнитивных нарушений.
2. Обеспечить возможность работы для желающих работать и нуждающихся в этом.
3. Обеспечить возможность отдыха (в т. ч. активного) и общения с людьми.

Возможные специфические задачи:

- научить рассчитывать нагрузку при подъеме и переносе

- крупных и (или) тяжелых предметов до их перемещения;
- научить рассчитывать нагрузку при перемещении на «длинные» дистанции. Определять места для передышки заранее. Помнить, что нужно рассчитать возможность идти обратно или что-то делать в конце пути, а не только дойти до цели;
- научить рассчитывать совокупные нагрузки при выполнении активностей (встал, оделся, нагнулся, поднял, пошел);
- научить рассчитывать влияние разных факторов на утомление (вес одежды и обуви, жару, холод, влажность, духоту помещений и т. п.);
- научить определять выносливость при мытье в душе или ванне (дистанция, преодоление высоты, поддержание и изменение позы, жара, влажность, совершаемые процедуры и т. п.);
- научить определять выносливость при посещении туалета (дистанция, присаживание, натуживание при дефекации, подъем с унитаза, гигиенические процедуры и т. п.);
- научить определять выносливость при приготовлении пищи (перенос предметов, продолжительность стояния, число шагов, температура у плиты или духовки и т. п.).

Пациентов с ограничениями физической нагрузки необходимо обучить:

- расчету своей выносливости при выполнении всех сложных активностей;
- тренировке правильного отдыха от нагрузки (лучше отдыхать лежа, чем сидя, если нет возможности лечь, нужно присесть, т. к. поза стоя не дает необходимой разгрузки для сердечно-сосудистой системы);
- делить переносимый груз на части;
- делить долгие и сложные активности на этапы и отдыхать в промежутках.

Следует учесть, что для пациента с кардиологическими проблемами очевидно, что продолжительные легкие и умеренные нагрузки ему полезны, а короткие тяжелые — противопоказаны

(т. е. медленно пройти дважды дистанцию в 100 метров и принести 2 кг груза, будет полезно, а пройти быстро один раз и принести 4 кг — вредно).

Возможная адаптация среды для пациентов с кардиологическими нарушениями:

- Сервировочные столики, тележки, платформы, сумки на колесиках вместо ношения предметов в руках;
- места для отдыха сидя – везде, где может понадобиться отдохнуть;
- сидячие места для работы, которую ранее выполняли стоя (стирка, приготовление обеда и т. п.);
- убрать все лишние предметы с дороги, чтобы не тратить силы на обход и перешагивание препятствий;
- крючки и полки для размещения предметов, обычно лежащих низко или на полу, чтобы избежать лишних наклонов к полу;
- устройства для дополнительной вентиляции и обогащения воздуха кислородом;
- места для отдыха с сидениями на уровне высоты колена и выше, чтобы не вставать с лишним усилием;
- эргономичные рабочие места для всех домашних активностей.

Обобщенный результат вмешательства эрготерапевта для таких пациентов — это комфортные и безопасные условия для выполнения основных активностей пациента с заболеваниями сердца и выполненные жизненные активности в необходимом и максимально возможном объеме.

СПЕЦИФИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пациенты, получающие реабилитацию после или во время лечения онкологического заболевания, так же разнообразны, как пациенты с поражением головного мозга. У этих пациентов могут быть поражены любые системы и органы, однако, как ни

странно, более всего они будут страдать от психологических переживаний, связанных с диагнозом, слабости, болей и тошноты.

Особенности онкологических пациентов:

- Стресс, тревога, подавленность;
- Астения;
- Боль, тошнота;
- Изменения внешности;
- Неопределенные перспективы;
- Изменение рутины (привычной деятельности);
- Изменение продуктивной деятельности (работа, учеба);
- Включена семья (стресс, изменения рутины и т. п.).

Основные задачи эрготерапевта:

- Восстановление самообслуживания;
- Восстановление индивидуальной рутины пациента;
- Восстановление продуктивной деятельности;
- Реинтеграция в общественную жизнь;
- Адаптация к устойчивым нарушениям;
- Адаптация среды и семьи пациента, при наличии тяжелых устойчивых нарушений функционирования.

Одна из самых больших групп пациентов с положительными исходами и прогнозами — это пациентки после лечения онкологических опухолей молочной железы. Несмотря на внешнюю благополучность этой группы, у них имеется большое количество ограничений повседневной деятельности и потребность в восстановлении активностей, связанные с психологическими переживаниями изменения внешности, последствиями интоксикации и астении, послеоперационными рубцами, отеками, лимфостазом и т. п.

Для примера приводим типовые жалобы на ограничения активности у пациенток после лечения рака МЖ:

- Гигиена тела — прием душа или ванной;
- Интимная гигиена;
- Надевание нижнего белья;

- Уход за детьми или пожилыми родственниками;
- Уборка дома;
- Стирка;
- Приготовление пищи;
- Работа;
- Интимные отношения;
- Семейные отношения;
- Сон и спокойный отдых;
- Активный отдых;
- Обучение;
- Общение с людьми.

Работа эрготерапевта с этой группой пациентов будет иметь такую же структуру, как и с другими пациентами, перенесшими травму, острое заболевание или оперативное вмешательство:

1. Составление карты рутин (привычной деятельности), выявление востребованной деятельности по СОРМ (важность для пациента, качество выполнения деятельности, удовлетворенность деятельностью).
2. Диагностика ограничений деятельности и выявление сохранившихся возможностей деятельности.
3. Оценка имеющихся возможностей среды.
4. Совместная постановка задач и целей реабилитации.
5. Составление плана вмешательства.
6. Проведение вмешательства — обучение и переобучение пациента, адаптация среды для достижения качественно-го выполнения деятельности.
7. Оценка деятельности после вмешательства, совместно с пациентом, сопоставление поставленных и достигнутых целей.

ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ И ПАЦИЕНТЫ СО СНИЖЕНИЕМ КОГНИЦИИ

Возраст — не показатель состояния здоровья и уровня когниции: люди пенсионного возраста могут сильно различаться по этим показателям. Поэтому специалисту необходимо ориентироваться на состояние пациента, а не на формальные показатели

возраста. Для иллюстрации этого приведем в пример короткие истории людей пожилого возраста:

В 68 лет Уильям Крукс изобрел прибор для выявления альфа-частиц.

В 86 лет Катрин Пелтон проплыла 200 метров баттерфляем за 3 минуты и 1,14 секунды.

В 72 года Маргарет Рингенберг облетела вокруг света, управляя самолетом.

В 80 лет известный кардиохирург Лео Бокерия продолжает работать.

Француженка Жанна Кальман прожила 122 года. Когда ей было 100 лет, она каталась на велосипеде, а в возрасте 85 лет увлеклась фехтованием. Предприимчивый адвокат предложил ежемесячные выплаты за квартиру, в которой жила Жанна, в случае ее кончины квартира досталась бы адвокату. Ему пришлось выплачивать 30 лет, и в конечном счете адвокат умер, так и не дождавшись собственности Жанны Кальман.

При наличии сохранной когниции, пожилые и престарелые люди — это более дисциплинированные пациенты, склонные ответственно относиться к своему здоровью; критичные и самокритичные пациенты, с хорошим чувством юмора и продуктивным жизненным опытом. Этих пациентов нужно внимательней интервьюировать и обследовать их активности, так как пациенты за много лет могут привыкнуть к чувству боли, ограничению подвижности, головокружению и неправильным, в том числе небезопасным или усиливающим боль, сценариям активностей — и искренне не замечать их.

Если же у пожилых пациентов есть когнитивные проблемы, то такие пациенты:

- Могут вести себя как дети, быть капризными или расторможенными;
- Легко пугаются;
- Страдают от недостатка собеседников и проявляют навязчивость в общении;

- Могут страдать негативизмом;
- Часто страдают депрессивными расстройствами;
- Имеют сложности в идентификации своих проблем и потребностей;
- Могут жаловаться на «головную боль» или «головокружение», имея в виду, что плохо запоминают или часто нервничают; жаловаться на «боль», подразумевая депрессивное настроение;
- Трудно локализуют боль в конечностях и органах, сообщают, что «болит все»;
- Некритично оценивают свою усталость, выносливость и другие возможности;
- Некритично оценивают степень ограничений деятельности.

Когнитивная толерантность пожилого пациента — низкая и имеет тенденцию к снижению. Работать за пределами когнитивной толерантности так же недопустимо, как выходить за пределы толерантности к физической нагрузке у кардиологического больного. При систематическом переутомлении пациент не тренирует, а тратит безвозвратно свой когнитивный резерв.

Когнитивная толерантность — это способность воспринимать и перерабатывать новую или сложную информацию в течение определенного времени, в том числе сенсорную информацию. Сенсорная информация — это раздражители, которые мозг получает от всех органов чувств и рецепторов. Сложная информация — информация, состоящая из нескольких элементов, требующих осознания, сравнения, анализа, контроля внимания. Пациент испытывает когнитивную нагрузку, когда общается (с родственниками, соседями по палате и специалистами), смотрит телевизор или слушает радио, играет, наблюдает за происходящим, участвует в процедурах массажа, кормления и посещения туалета.

Таким образом, даже если пациент пассивен при уходе, он испытывает определенную нагрузку. Когнитивная толерантность определяется временем, в течение которого пациент может принимать участие в обучении и продуктивном взаимодействии,

где он реально адаптируется и запускает процессы нейропластичности. Она зависит от исходного уровня умственного развития, от соматического состояния, наличия стресса, действия внешних факторов и привычки пациента учиться и заниматься, наличия когнитивных нарушений, ощущения боли, времени, прошедшего после отдыха, а также множества других факторов.

При работе с пожилым пациентом необходимо учесть следующие факторы:

- Тяжесть основного заболевания, если таковое имеется;
- Тяжесть общего состояния;
- Множественность заболеваний (паркинсонизм, энцефалопатии сосудистого и диабетического генеза, перелом шейки бедра, ампутации нижних конечностей, сердечно-сосудистые и легочные заболевания, артриты, деменция, снижение зрения, слуха);
- Процесс восстановления более долгий;
- Потенциал восстановления функций ниже, чем потенциал восстановления деятельности;
- Необходимость сохранить максимальный объем рутины;
- Необходимость сфокусироваться на поддержании навыков и привычки к деятельности.

Оценка деятельности пациента с когнитивными нарушениями проводится при помощи СОРМ; если пациент не может участвовать в интервью, беседа проводится с систематически ухаживающими лицами. В этом случае необходимо сопоставить цели ухаживающих лиц с интересами и потребностями самого пациента. Так же, как и в практике работы с детьми, пациент может выжить только в среде, создаваемой ухаживающими, поэтому провести вмешательство без их участия на всех стадиях, от оценки до проведения, невозможно. При оценке активностей повседневной жизни необходимо выяснить, что влияет на деятельность сильнее — функции (когнитивные функции, зрение, слух и т. п.) или окружение (физическое, лекарства, пенсия, социальный компонент, культурный компонент, семья, медработники и т. п.).

Основные задачи вмешательства эрготерапевта для пациентов с когнитивными нарушениями:

- Адекватная сенсорная стимуляция (нагрузка в соответствии с когнитивной толерантностью пациента);
- Адекватная социальная стимуляция (поддержание общения с учетом социальных требований);
- Создание (восстановление, поддержание) повседневной рутины;
- Обучение семьи или персонала по уходу с учетом индивидуальных потребностей;
- Создание адекватного предсказуемого окружения, не требующего изучения и адаптации к нему, в условиях выполнения необходимых активностей.

Цели эрготерапии могут быть следующими:

- Поддержание функционирования на прежнем уровне;
- Уменьшение имеющихся ограничений.

Сформулированы 4 составляющие, необходимые для благополучия человека:

1. Самооценка на адекватном уровне;
2. Контроль над своей жизнью, информация о том, что предстоит и окружает;
3. Социальное общение;
4. Надежда (противоположность безнадежности).

При проведении вмешательства для пациента с когнитивными нарушениями очень важно стремиться поддерживать эти четыре составляющих благополучия, так как пожилой пациент или пациент с когнитивными нарушениями особенно уязвим по этим четырем позициям.

Самоуважение и поддержание туалетных навыков тесно связаны. У пожилых людей часто бывает недержание, но еще чаще эта проблема не связана с нарушением тазовых функций или когнитивного контроля, а вызвана недостатками

среды и неправильным сценарием задачи, и есть смысл поработать над улучшением этой активности и поддержать туалетные навыки в полном объеме. Если пойти по пути надевания на пациента подгузника или размещения прикроватного туалета в комнате пациента без реальной необходимости, такая ситуация снизит самоуважение пациента, от чего когниция пациента также пострадает достаточно быстро. Навыки, связанные с посещением туалета, — одни из самых сложных и требуют значительных когнитивных усилий при планировании и контроле всех движений, но достижение этой цели важно для человека и вызывает у него должное удовлетворение. Если же пациент лишается такой тренировки, то деградирует очень быстро.

Проблему «недержания» можно решить или снизить ее остроту следующим образом. Убедиться, что санузел физически доступен для пациента (не захламлен проход, не нужно обходить предметы, домашние животные не мешают ходить и т. п.) Что по пути следования — качественное освещение (свет ровный, не мерцающий, не темно). Что пациент может дойти до туалета, не утомившись по пути. Что он может легко открыть дверь (ручка удобная для захвата и не скользкая, защелка легко открывается, вес двери усилен) и закрыть дверь. Что пациент может легко преодолеть пороги, развернувшись и повернувшись везде, где это необходимо. Что у него на ногах удобная обувь, способствующая устойчивости и не скользкая. Что пол в туалете ровный, не скользкий, не мокрый, коврики не цепляются за ноги и не скользят. Если среда неблагоприятна и небезопасна, то нужно удалить лишние предметы по пути следования и разворотов пациента, использовать поручни, особенно там, где человек поворачивается, встает или садится, улучшить освещение, поставить автоматический включатель света, реагирующий на движение, поменять дверные ручки, защелки, понизить пороги и т. п. Необходимо помнить, что каждое препятствие, включая необходимость что-то увидеть, манипулировать руками или перешагивать, расходует когнитивный ресурс пациента, и как только пациент утомится, он не удержит мочу или кал. Далее нужно проверить: можно ли легко

дотянуться до туалетной бумаги или салфеток, можно ли легко и удобно помыть руки в безопасной и равновесной позе. Иногда приходится использовать четко различимые указатели в сторону, где находится туалет (это могут быть стрелки на стене или полу из яркой изоленты или строительного скотча). Помогает такой прием, как уменьшение количества жидкости, употребляемой перед сном. Основное количество жидкости пациент выпивает днем, а на ночь остается один стакан питья. Ухаживающие могут корректно напоминать о посещении туалета. Также можно использовать метод посещения туалета по часам (например, каждые два часа, не дожидаясь позывов).

Для того чтобы сделать среду окружения пациента более предсказуемой, необходимо уменьшить число окружающих предметов, систематизировать их (например, положив в ящики) и не менять порядок. Полезно использовать ярлыки с названием содержимого для ящиков и шкафов. Это могут быть надписи, картинки, геометрические фигуры, маркировка цветом или простые символы (круг, треугольник) в зависимости от уровня когниции пациента. Можно использовать цвет, фактуру или световые сигналы для подсказок. Например, запоминать цвет двери в туалет, цвет стола, цвет ящика, запоминать необходимые вещи на ощупь или цвет, запомнить разницу в напольном покрытии в комнате, коридоре, туалете.

Тренировка комплексного запоминания предмета (цвет+форма+фактура) может быть более продуктивной, чем сопоставление образа и слова. Для напоминания о рутинных делах можно использовать визуальное расписание, состоящее из понятных изображений или пиктограмм. Также полезно использовать таймер (будильник) для напоминания о начале необходимых действий.

Дезадаптируют пациента, усиливают риски падения, снижения мотивации и ухудшения когниции такие факторы среды, как:

- Блестящие поверхности (пол, стены, столы, другая мебель, предметы и элементы декора);
- Плохое освещение (слабое, мерцающее, неравномерное);

- Сливающаяся окраска интерьера (стол, стены, пороги, двери, крупная мебель одного цвета);
- Пестрая, разноцветная окраска интерьера;
- Незакрепленная мебель (полки) и предметы интерьера (картины, вазы) на стенах (пациент может опереться при потере равновесия и упасть вместе с предметами);
- Неровности пола, скользкий пол, скользящие или собирающиеся в складки напольные покрытия (коврики и т. п.);
- Новая среда, требующая приспособления, запоминания и освоения (переезд, существенный ремонт), (рис. 8, 9).

При наличии нарушений зрения можно рекомендовать такие изменения в окружении пациента, как:

- Использовать яркие цвета и матовые поверхности (матовые цвета, пёстрая расцветка, блики на поверхности ухудшают различение предметов до полной неразличимости их);
- Использовать увеличение (лупы), контрастность объектов, выделять края и углы контрастным цветом (например, яркой изолентой или маркером), использовать однотонные контрастные подложки под предметы;



рис. 8



рис. 9

- Использовать другие органы восприятия (тактильную чувствительность — тактильные подсказки, слух — звук предметов, звуковые подсказки);
- Поддерживать постоянство в расположении предметов крупных и мелких;
- Использовать крупный шрифт при письме, распечатывать записки на принтере;
- Использовать яркий, но не мерцающий свет, избегать использования флуоресцентных ламп;
- Обучать пациентов компенсаторным техникам как можно раньше, при наличии остаточного зрения.

Если у пациента имеются ограничения слуха, то с ним необходимо говорить громко (не кричать) и членораздельно, использовать низкие частоты голоса, использовать паузы. При разговоре убедиться, что пациент может видеть лицо и губы говорящего. Для общения и передачи важной информации, использовать письмо. Выбирать для тренировки деятельность, которая не потребует активного общения словами.

При использовании слухового аппарата быть уверенным, что он правильно надет и находится в рабочем состоянии (настроен, работает батарейка и т. п.). Использовать визуальные стимулы, чтобы привлечь внимание пациента, — например перед началом разговора помахать рукой, использовать вибрацию, постукивания по рабочей поверхности для привлечения внимания через ощущения.

Пожилым пациентом с двигательными нарушениями требует несколько иного подхода, чем молодой пациент.

Здесь перед эрготерапевтом всегда встают следующие задачи:

- Максимально возможное восстановление жизненного функционирования в условиях корректной нагрузки, с учетом дополнительных проблем (деменция, депрессия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и т. п.);
- Изменение сценариев активности (достижение старых целей другим образом);
- Поддержание двигательных возможностей и повседневных активностей на высоком, как только возможно уровне;
- Обучение семьи;
- Адаптация (изменения) окружения.

В процессе вмешательства необходимо учитывать, что избыточно щадящая, простая активность приводит к потере навыков, ухудшению двигательных и когнитивных возможностей. Избыточный комфорт среды, не соответствующий уровню возможностей пациента, также приводит к потере навыков. Среда должна быть, с одной стороны, комфортна, с другой — немного стимулировать активность пациента (если пациент может дойти до кухни и там поесть, не нужно приносить ему еду в комнату, если пациент может приготовить себе пищу, нужно стимулировать и поддерживать эту активность, а не привлекать к помощи родных и т. п.).

При этом нужно помнить, что переутомление истощает когнитивную толерантность, а слишком сложные задачи приводят к выученной беспомощности. Поэтому необходимо создавать

«коридор реабилитации». Для этого необходимо определить коридор возможностей, где нижняя граница (легкие активности) будет использоваться для отдыха, верхняя граница (более сложные действия) — для стимуляции пациента. Для пожилого пациента крайне важно не снижать рутинную нагрузку, вырабатывать привычки к поддержанию максимальной активности для здоровых и пораженных конечностей. Эрготерапевт должен разработать разные виды деятельности и для здоровой и пораженной конечности, причем эта деятельность, должна быть естественной или досуговой. Активность пациента должна вознаграждаться приятной, желанной, нужной целью не только в период активного восстановления, но в течение всей жизни, а такое удовлетворение дают лишь интересные пациенту цели. Для пожилого человека в большей степени, чем для молодого, имитирующая активность на тренажерах и с игрушками и (или) бесцельные движения не приведут к восстановлению двигательных функций.

Ниже предложена некая памятка для эрготерапевта, по работе с пожилым пациентом, имеющим двигательные нарушения:

1. Предлагать движение, имеющее смысл и цель.
2. Найти индивидуальную мотивацию к движению.
3. Возможно, обеспечить минимум трудностей (посильных), которые надо преодолеть, чтобы достичь цели.
4. Завершать занятия до наступления утомления.
5. Может быть необходимость в обезболивании и ортезировании, особенно в начале процесса.
6. Может быть необходимость в адаптации среды в начале процесса или постоянная адаптация среды.
7. Необходимо восстановление привычных действий, в привычной последовательности, с привычными предметами из дома.
8. Возможно, применить технологию изоляции здоровой руки для стимуляции пораженной у пациента после инсульта (при отсутствии грубых нарушений когнитии,

депрессии и достаточных возможностях пораженной руки).

9. Отсутствие коммуникации приводит к депрессии!

Типовые направления для изменения среды пациента:

- Не должно быть скользких полов, порожков, лестница должна быть с перилами;
- Должна быть адекватная росту и пропорциям пациента, высота сидений, кровати, рабочих поверхностей;
- Сидения должны быть достаточно жесткими для того, чтобы с них можно было вставать без дополнительных усилий, должны быть спинки и боковая опора при сидении;
- Должны быть изготовлены надежные поручни и поверхности для отталкивания или притягивания;
- Семья — часть окружения, ее нужно изменить через обучение корректной и адекватной помощи пациенту;

Типовые направления изменения сценария задач:

- Передвигаться на заранее обдуманном расстоянии, предусмотреть место для отдыха по пути;
- Продумывать заранее развороты, повороты, перешагивания через препятствия;
- Продумывать заранее все сложные моторные задачи;
- Не носить предметы в руках — помещать в карманы, поясные сумки, рюкзаки, носить меньший вес;
- Не разговаривать и не отвлекаться во время движения, останавливаться для разговоров, зафиксировав центр тяжести (прислониться к стене или присесть);
- Использовать ортезы, корсеты для выполнения некоторых задач;
- Завершать деятельность до появления боли и нарастания спастичности.

Необходимо объяснить родным и ухаживающим следующие полезные для нормализации жизни пациента сведения. Новая информация требует больше времени для усвоения. Это будет

относиться и к новым движениям, и к действиям. Процессы долговременной памяти у пожилых более медленные (требуется больше времени на ответ). Люди преклонного возраста очень чувствительны к стрессу и тревожности в условиях, когда нужно что-либо запомнить. При стрессе и тревожности координация движений будет ухудшаться, появится шаткость походки, ноги могут цеплять пол, из рук будут выпадать предметы.

Необходимо систематически использовать общеукрепляющие упражнения, прогулки, двигательную нагрузку с мотивационной компонентой, но не ЛФК в зале на тренажерах. Лучше запоминаются конкретные события и понятия, то, что имеет смысл, а не бессмысленные действия с кубиками, мозаикой и собиранием пирамидок. Это относится к любым движениям и действиям, имитировать движения и заниматься на тренажерах для восстановления самообслуживания не эффективно.

Медикаменты могут влиять на восприимчивость, внимание, движение, координацию и т. д. Если пациент принимал снотворное, до первой половины дня у него выше риск падения. Нужно поощрять размышление вслух, проговаривание действий, это помогает себя контролировать. Занятия, требующие хорошей координации и тонкой моторики, разнонаправленных движений, могут приводить к ощущению беспомощности и отказу от деятельности, не нужно настаивать на сложных и долгих действиях. Какие-то задачи можно выполнять сидя или опираясь спиной о стену, это улучшит качество выполнения. Шум, разговоры рядом, посторонние люди и объекты отвлекают внимание, это может закончиться падением или выпадением предмета из руки.

Пожилые люди наилучшим образом действуют, когда нет временного ограничения. Действия помогающих должны быть последовательны, инструкции, если они даются, ясны, визуальные подсказки могут сочетаться с голосовыми. Нужно использовать повторение везде, где только возможно. При самостоятельном использовании инструкций, визуальных подсказок, записных книжек, диктофонов, таймера и т. д. результат деятельности будет лучше, чем при руководстве извне, даже от родных и любимых людей.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ У ДЕТЕЙ

Современная концепция реабилитации и абилитации детей — это направление большей части усилий на развитие жизненных навыков в домашней и привычной обстановке, при участии родителей, а не восстановление структур и функций. При становлении жизненного навыка разовьются и те функции организма, у которых есть потенциал развития. Развивая жизненный навык в процессе роста ребенка, мы увеличиваем потенциал развития.

В этой модели специалисты не оценивают потенциал реабилитации/абилитации по степени нарушения структур и функций, не пытаются лечить заболевание, которое давно вышло из временного окна возможного воздействия. То есть реабилитологи не пытаются «лечить» заведомо неизлечимое заболевание, а направляют усилия на развитие жизненных навыков, что увеличивает потенциал ребенка и является профилактикой осложнений основного заболевания.

В этой модели у эрготерапевта есть ряд важных задач, так как ребенку необходимо развивать активности по возрасту и интересам, а также адаптировать окружающую среду и обучать родителей. Международный опыт показывает, что наиболее эффективна для детей с ДЦП реабилитация, выстроенная дома, в привычной им среде жизни, роста и развития. Стационарная реабилитация имеет меньший эффект, при этом перегружает систему здравоохранения, родителей и ухаживающих. Однако в России пока что большая часть реабилитационных вмешательств происходит на территории лечебных учреждений при полной госпитализации и эту особенность необходимо учитывать.

У эрготерапевта, работающего с детьми, есть четыре основных обобщенных задачи. Это становление у ребенка активностей, обучение родителей, модификация среды стационара, модификация среды окружения ребенка дома. Без модификации среды дома никакие вмешательства не будут успешными, так как наработанные вне дома активности не смогут быть доступны ребенку в привычной среде жизни, а следовательно, навык

не разовьется и даже угаснет. Именно дом является основной обучающей площадкой для обычного ребенка, он растет и ежедневно обучается различным действиям, просто наблюдая за жизнью семьи и копируя действия.

Все обычные активности, такие как отдых, игры, общение, познание мира и обучение, выучиваются и тренируются через наблюдение и участие в рутинных процессах. Но это возможно только тогда, когда основные помещения дома, предметы и события доступны для наблюдения, изучения и освоения ребенком. Хорошо известен феномен бытовой и социальной депривации у детей, воспитывающихся в детских домах. Даже те дети, которых прекрасно кормили, одевали, снабжали игрушками и развлечениями, имеют стойкие нарушения социального поведения, не умеют полноценно общаться с разновозрастными собеседниками, не понимают тонких нюансов поведения других людей, не имеют полноценных навыков самообслуживания и по выходе из детского дома попадают в группу риска (наркомания, алкоголизм, суициды, криминальные действия и т. п.).

В ситуации «детского дома» оказываются зачастую и дети с ДЦП просто потому, что им недоступно изучение окружающего мира и человеческих взаимоотношений в детском возрасте. Ребенок большую часть времени находится в комнате с игрушками и телевизором, покинуть комнату он не может из-за высоких порогов, узких дверных проемов, в которые не проходит коляска или ходунки, ребенка кормят и умывают в комнате. В результате он понятия не имеет, как готовят еду, откуда она берется, как стирают белье, чинят одежду, встречают вернувшегося папу или бабушку. Родной дом для ребенка с ДЦП зачастую становится клеткой или непроходимым лабиринтом, хотя для его развития также важно наблюдать и активно участвовать во всех семейных делах.

Адаптация домашней среды нужна для того, чтобы обеспечить следующую пирамиду потребностей:

- Чтобы было удобно (без боли, безопасно, физиологично) отдыхать в позе лежа и сидя;

- Чтобы можно было наблюдать за всеми активностями семьи;
- Чтобы общаться;
- Чтобы играть;
- Чтобы перемещаться в процессе решения жизненных задач;
- Чтобы решать свои жизненные задачи;
- Чтобы помогать другим;
- Чтобы учиться;
- Чтобы работать.

Изменение среды, чтобы она поддерживала эти потребности — и есть задача эрготерапевта. Типичный пример вмешательства эрготерапевта, направленного на домашнюю среду окружения ребенка с ДЦП. Пациент: девочка, 4 года, эпилепсия, ДЦП, спастический тетрапарез, GMFCSIII, изредка посещает коррекционный детский сад, ребенок не говорит, имеет запись о ЗПР. Из детского сада ее пытаются перевести домой, ссылаясь на то, что ребенок «тяжелый», не ест сам, плохо ползает, сидит только с поддержкой. В активе один год курсовых реабилитаций в реабилитационных центрах и занятия у различных несогласованных между собой специалистов. С ребенком занимались невролог, ортопед, дефектолог, инструктор-методист ЛФК, психолог. Пациенту подобрана противосудорожная терапия. Ребенок правильно ортезирован, не имеет подвывихов, нет контрактур. Девочка любит общество психолога и специалиста по ЛФК, но дома играть в предложенные игры не хочет, по словам мамы, пассивна или капризничает. Движения выполняет только по команде мамы или инструктора. Семья полная, мама не в депрессии. После последнего курса стало ясно, что ситуация зашла в тупик, так как ребенок, выполняющий движения по команде в реабилитационном центре, абсолютно пассивен дома, а также не желает вступать в коммуникацию. Далее ребенок попал на мультидисциплинарную реабилитацию, в МДБ имеются все специалисты, включая эрготерапевта.

Результат оценки эрготерапевта: дома, в комнате ребенка, положен ковер с высоким мягким ворсом, это препятствует

ползанию, так как от такого ковра не оттолкнуться конечностями; игрушки расположены на недоступной высоте, на полочке (на 5 сантиметров выше возможностей дотягивания ребенка), если ребенок не лежит на ковре, то его пристегивают в высоком стульчике, спина откинута, ноги свисают без опоры, поза не располагает к активностям и дотягиванию. Девочку кормят в комнате поочередно мама и бабушка, поднося ложку ко рту. Также ребенка полностью умывают, унося в ванную и держа над раковиной, и одевают, положив себе на колени.

Первичное вмешательство — среда переделана под возможности ребенка и для обеспечения вмешательства физического терапевта и психолога. От родителей получены волнующие их проблемы: ребенок не играет, не общается, не ест. Вместе с родителями принято решение изменить среду так, чтобы эти активности могли появиться. Вместо ковролина положена достаточно жесткая циновка, от которой можно оттолкнуться, но при этом легко подтянуть к себе нижнюю часть туловища, а также стоять на четвереньках. Игрушки положены на пол, рядом с ребенком. К стульчику прикреплена подставка под ноги, закреплен таз, дана большая свобода верхней части туловища, прием пищи перенесен на кухню, ребенок видит, как еду готовят и кладут в тарелку, ребенку показывают ложку, тарелку, еду, дают потрогать рукой. Перед умыванием ребенка сажают на пол, за спиной опора, перед ним ставят тазик с водой, пускают бумажный кораблик, дают потрогать воду, побрызгаться, поиграть с мылом. Перед одеванием ребенка также сажают на пол (с опорой для спины), раскладывают перед ним одежду, дают ее трогать.

Через 3 недели ребенок начал самостоятельно ползать и вставать на четвереньки с незначительной помощью, брать игрушки, появились активные просьбы дать игрушку звуками и жестами, появилась активная коммуникация с родителями (звуки, слоги, слова «да», «дай», «не»), появились попытки хватать ложку, результативные попытки есть руками, удерживать руками пакетик сока, появился явный интерес

к деталям одежды при одевании (игра с одеждой), ребенка умывают из тазика, посадив на пол, ребенок принимает участие в процессе, окуная ручку в тазик.

Таким образом, на первом этапе было проведено вмешательство, сконцентрированное на среде ребенка, и оно дало возможность перейти к следующему этапу, когда началось вмешательство, направленное уже в большей степени на активности ребенка.

Из приведенного примера ясно, что для абилитации/реабилитации ребенка с ДЦП помещения нужно модифицировать. Возможно, их придется оборудовать поручнями, ручками, дополнительными устройствами, мебелью и прочими предметами, стимулирующими самостоятельную деятельность. Физическая среда должна поддерживать физиологические позы для сна, отдыха, наблюдения, игры, приема пищи, обучения, мобильности. Если она не оборудована под потребности ребенка, это приводит к осложнениям и рискам, а также отказу от активностей.

Соответственно, чем раньше среда начнет соответствовать потребностям ребенка, тем меньше будет осложнений в виде отказов от движения, задержки психического развития, подвывихов, контрактур, болей, атрофии мышц и т. п. Как и для взрослого пациента, помещения следует перепланировать с точки зрения доступности всех его частей (понижить пороги, поменять ручки дверей, поставить доводчики дверей, сменить краны смесителей, поставить насадку на унитаз и т. п.). Иначе ребенка будут носить по квартире, как некий предмет, вместо того, чтобы ежедневно тренировать в обычных активностях. Пол для ребенка с ДЦП должен быть надежной, не скользкой и не вязкой опорой. Мебель должна быть приспособлена для использования ребенком (высота, устойчивость, ремни, фиксаторы и т. п.). Игрушки, посуда, необходимые по возрасту предметы должны быть доступными для ребенка (высота, захваты, вес, плоскости). Важно правильно адаптировать места приема пищи, места гигиенических процедур.

Вместе с родителями нужно заранее подумать о выходе на улицу, подумать о том, что ребенок растет и скоро станет невозможно носить его на руках, а научить пользоваться коляской и ходунками подростка с осложнениями, не умеющего и уже не желающего двигаться самостоятельно, крайне сложно, а порой невозможно.

Следующая задача эрготерапевта — адаптировать среду учреждения, в котором ребенок получает реабилитацию. В учреждении, претендующем на роль реабилитационного для детей с ДЦП, в обязательном порядке должна быть мебель, помогающая ребенку выполнять активности, и все необходимые ему предметы в адаптированном варианте. Бесполезно работать над мобильностью, если ребенок не может использовать ее для решения жизненных задач. Ребенок должен иметь возможность сидеть, стоять, ходить, брать предметы рукой, есть, одеваться, играть, посещать туалет максимально самостоятельно, в удобных и безопасных позах.

Эти задачи решает подходящая мебель, санитарная и бытовая техника, бытовые предметы, подходящие ребенку по высоте, весу и специфике биомеханики с учетом его тонуса, когниции и работы сенсорных систем. Если же ребенка после занятий кормят, держа на коленях, носят в туалет, он сидит на взрослой мебели или лежит в кровати, то реабилитационные занятия можно и не начинать.

Третья обобщенная задача эрготерапевта — развитие всех необходимых и возможных активностей ребенка. Пока ребенок растет, у него в организме активно продуцируется гормон роста — соматотропин. Этот гормон стимулирует не только рост, но и игровое поведение. Этим обусловлено почти неудержимое стремление детей двигаться, рассматривать, общаться, изучать возможности мира и своего тела. ЦНС ребенка физиологически рассчитана на обучение через игру. Поэтому наиболее эффективная реабилитация строится на играх, в которые незаметно включены необходимые навыки, в том числе двигательные.

Игра — это очень серьезное дело. Теорию игрового поведения впервые сформулировал Карл Гросс более 100 лет назад. Он и его последователи дали такую формулировку игрового поведения: «Игра — это инстинктивная форма познания себя, познания мира и адаптация к максимально эффективному существованию в окружающей среде». Далее над изучением игрового поведения человека и животных работали ведущие физиологи, психологи и педагоги.

Д. Б. Эльконин: «Игра препятствует чрезмерно ранней фиксации инстинктивных форм деятельности и развивает способность к ориентации в сложных и изменчивых условиях среды».

У. Торп: «Игра служит для приобретения животными и детьми навыков и для ознакомления с окружающим миром».

М. Беков: «Функции игры — это двигательная тренировка, формирование процессов общения и упражнение познавательных процессов».

Благодаря этим и другим исследователям мы знаем, что игра позволяет получить любые знания и умения, отработать любой навык без излишнего стресса. Дело в том, что неудача в игре воспринимается мозгом как «не настоящая», т. е. внутренняя система наказания головного мозга не срабатывает в должной мере и не блокирует «неправильное» поведение. При этом система внутреннего подкрепления интенсивно поощряет правильные и результативные действия.

Такая работа мотивационной системы позволяет ЦНС отрабатывать больше вариантов сценариев действий и определять неудачное действие не как «неправильное, надо заблокировать», а как не работающее в данном контексте. Это очень важно, так как жизнь человека в реальности очень вариативна и умение бессознательно перебирать варианты из множества необходимо и для выбора и реализации наилучшей двигательной стратегии, и для выбора когнитивных решений, и, тем более, при решении новых повседневных задач.

Если же обучение происходило в условиях реальности и ребенок получал ощущения истинного неуспеха, то вариантов

бессознательных решений у него будет мало, он будет склонен к стереотипным решениям. Если обучение происходит в декларативной манере — «делай так», «повтори», то действие или движение имеет свойства не откладываться в структурах памяти как произвольное, формируется рефлекс повторения по команде, но не формируется цепочка запуска произвольного движения, решающего проблемы организма. Из всего вышесказанного следует вывод, что ребенка нужно обучать в реальных условиях, не директивно и лучше всего — через игру.

Также следует учесть, что и с детьми эрготерапевты работают только с теми активностями, которые применимы в жизни ребенка. Активности выбираются, исходя из возраста, интересов, потребностей ребенка и его семьи, их культурных привычек и т. п. Маленький ребенок обычно изучает мир, общается и играет. Эрготерапевт должен провести вмешательство, в результате которого у ребенка появятся активности этого направления. В зависимости от возможностей ребенка, эти активности будут самостоятельными, самостоятельными в адаптированной среде или адаптированными.

Ребенок постарше — общается, играет, учится, принимает пищу, посещает туалет, умывается, одевается, помогает дома. Значит, внимание эрготерапевта должно быть обращено на активности из этого набора.

По мере взросления в жизни ребенка появляются такие активности, как образование, сложное самообслуживание, помощь по дому, романтические отношения, выбор профессии, работа. И эрготерапевт проводит вмешательство для становления этих активностей, не забывая поддерживать и более ранние, если это необходимо.

Следующая, не менее важная общая задача. — это обучение родителей ребенка с ДЦП. Для эрготерапевта это не побочная нагрузка, а составная часть любого вмешательства. Без работы с родителями реабилитация/абилитация ребенка невозможна. Родители являются факторами среды ребенка, по сути — это самая важная часть его естественного окружения. Этот фактор

может быть или стимулирующим (лечение, развитие, реабилитацию, обучение) или препятствующим.

Пока эрготерапевт проводит диагностику и планирует вмешательство, родители должны восприниматься исключительно как фактор среды. Только тогда можно увидеть реальное влияние установок родителей на деятельность ребенка, только тогда можно точно оценить их ресурс. Этот фактор среды может быть модифицирован, как и другие факторы среды ребенка, например неудобная одежда, обувь, неподходящее питание и т. п.

Такое отношение в процессе оценки не означает, что в родителях нельзя видеть живых людей и проявлять эмпатию. Но, даже проявляя эмпатию, необходимо сохранять дистанцию, иначе процесс диагностики и вмешательства будет искажен. По этой же причине специалист не должен осуждать родителей и относить их к категории «хороший родитель» или «плохой родитель», но обязан четко представлять, какие качества и возможности родителей будут играть роль барьера либо поддержки для каждой конкретной активности.

Как нужно работать с родителями? Дать им необходимую и достаточную информацию о сути и процессе вмешательства, необходимого их ребенку. Информация должна быть дана понятным данным родителям языком и содержать конкретное описание стратегии вмешательства эрготерапевта для их ребенка. Чем понятней будет объяснена суть работы эрготерапевта, тем точнее будут запросы к данному специалисту.

Для лучшего понимания можно приводить примеры работы с другим ребенком, это всегда более понятно и вызывает необходимые уточняющие вопросы. Если же родители не поняли, чем именно вы можете помочь их ребенку, то запросы будут фантастичными и оторванными от реальности или не имеющими отношения к эрготерапии. После описания работы эрготерапевта родители будут готовы к интервьюированию по СОРМ, им будет понятно, почему вы задаете такие вопросы и какие ответы они могут дать.

В процессе вмешательства возникает необходимость научить родителей отслеживать выполнение деятельности. Наблюдать за

тем, какие активности есть у ребенка, как он их выполняет, какие затруднения возникают и с чем это связано. Для этого не нужны фундаментальные знания в области реабилитации или эрготерапии, но нужно получить от эрготерапевта необходимые знания о деятельности и среде ребенка и о том, как они взаимосвязаны.

Любые родители, которые растят здорового ребенка, тоже учатся наблюдать и влиять на поведение (воспитывать, обучать), подбирают подходящую одежду, обувь и мебель, чтобы поддерживать здоровые позы и движения, кормят ребенка подходящей для него пищей. При этом родители не обучаются на психологов, педагогов и диетологов. У ребенка с ДЦП есть особенности состояния организма и развития, задача команды реабилитологов — квалифицированно определить коридор возможностей ребенка и научить родителей помочь ребенку развиваться максимально эффективно в своем коридоре.

Также важно научить родителей поддерживать интерес к деятельности, стимулировать интерес к новым и сложным, но соответствующим возрасту и возможностям ребёнка, видам деятельности. Важно соблюдать баланс, не предлагать заведомо невыполнимые варианты, чтобы не вызвать чувство выученной беспомощности, не предлагать очень простую деятельность, чтобы не снижать ребенку самооценку и не развить пассивную стратегию жизни. Также родителей нужно научить не поддаваться на попытки манипулировать, но и не быть бесчувственными; поощрять нужное поведение и активности; дать ребенку максимально участвовать в активностях, даже если они выполняются медленно.

Очень важно дать ребенку управлять своими активностями, даже если его участие фрагментарно. В конечном итоге, у реабилитологов, родителей и ребенка есть общая цель: это самостоятельная активность и максимально возможная самостоятельность в жизни. Таким образом и медицинская и социальная реабилитация (абилитация) ребенка должна готовить его к жизни, обучению, получению образования, работе, семейной жизни.

НАПРАВЛЕНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА – ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ С САМООБСЛУЖИВАНИЕМ

Несмотря на то, что для эрготерапевта одинаково важны все активности пациента, чаще всего специалисту приходится проводить вмешательство, направленное на восстановление или становление навыков самообслуживания. Эти проблемы являются самыми тяжелыми для родственников пациента, они же сильнее всего связаны с ощущением зависимости, снижения самоуважения, чувством безнадежности самого пациента. Достаточно часто пациент не задумывается о других ограничениях, пока не получит большую степень независимости в вопросах личной гигиены, посещения туалета и других так называемых «близких к телу» активностях.

Международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности содержит большой список доменов, обозначающих активности самообслуживания.

Раздел 5 — самообслуживание.

- *d510 Мытье*
- *d5100 Мытье частей тела*
- *d5101 Мытье всего тела*
- *d5102 Вытирание и сушка*
- *d520 Уход за частями тела*
- *d5200 Уход за кожей*
- *d5201 Уход за полостью рта*
- *d5202 Уход за волосами*
- *d5203 Уход за ногтями на руках*
- *d5204 Уход за ногтями на ногах*
- *d530 Физиологические отправления*
- *d5300 Регуляция мочеиспускания*
- *d5301 Регуляция дефекации*
- *d5302 Мероприятия, связанные с менструацией*
- *d540 Одевание*
- *d5400 Надевание одежды*

- d5401 Снятие одежды
- d5402 Надевание или снятие с нижних конечностей
- d5403 Снятие с нижних конечностей
- d5404 Выбор соответствующей одежды
- d550 Прием пищи
- d560 Питье
- d570 Забота о своем здоровье
- d5700 Обеспечение физического комфорта
- d5701 Соблюдение диеты и здорового образа жизни
- d5702 Поддержание здоровья

Каким образом деятельность такого рода влияет на здоровье пациента? Пациент, который систематически реализует эти активности, поддерживает общую физическую активность, тренирует и поддерживает выносливость (толерантность к нагрузкам), двигательные возможности (позы и движения), когнитивные и психические функции, коммуникацию, социально приемлемые поведенческие привычки, поддерживает самоуважение и мотивацию. Кроме того, деятельность по самообслуживанию является профилактикой депрессии, тревожных расстройств, контрактур, нарушений контроля движений (моторного контроля), остеопороза, мышечной атрофии, саркопении, деменции, нарушений сенсорной интеграции и т. п.

Соответственно, чем ниже уровень самообслуживания, тем тяжелее не только физическая, но и психологическая составляющая инвалидности.

Снижение самооценки, уверенности в себе, мотивации является следствием навязанного режима дня, зависимости от посторонних людей, необходимости все просить и всем подчиняться. Не менее травматичны нарушения физических границ комфорта. Другие люди постоянно находятся рядом, они рассматривают, прикасаются, подходят к кровати, могут на нее присесть или положить свои вещи.

Зависимость в основных сферах, влияющих на самоуважение — питание, питье, безопасность, гигиена интимных зон, туалетные потребности и ограничение свободы пере-

Когда мы зависим от помощи других, то:

- мы должны сообщать о своих потребностях;
- постоянно просить о помощи;
- принимать помощь «как дали»;
- не можем менять планы, вносить произвольность;

- снижение самооценки, чувство беспомощности;
- злость, тревогу, лабильность настроения;
- чувство безнадежности;
- выученная беспомощность;
- депрессивное состояние;
- когнитивные проблемы;
- сокращение продолжительности жизни.

движения — делают жизнь пациента сравнимой с жизнью заключенного в тюрьме. Невозможность влиять на эти события может привести к выработке выученной беспомощности, что в дальнейшем заблокирует или существенно затруднит проведение реабилитации пациента.

Выученная беспомощность, эксперимент Мартина Селигмана (англ. learned helplessness), также приобретённая или заученная беспомощность, — состояние человека или животного, при котором индивид не предпринимает попыток к улучшению своего состояния (не пытается избежать негативных стимулов или получить позитивные), хотя имеет такую возможность. Появляется, как правило, после нескольких неудачных попыток воздействовать на негативные обстоятельства среды (или избежать их) и характеризуется пассивностью, отказом от действия, нежеланием менять враждебную среду или избегать её, даже когда появляется такая возможность. У людей, согласно ряду исследований, сопровождается потерей чувства свободы и контроля, неверием в возможность изменений и в собственные силы, подавленностью, депрессией и даже ускорением наступления смерти.

Эксперимент был впервые проведен на собаках. Участвовало 3 группы собак. Первой группе предоставлялась возможность избежать болевого воздействия: нажав носом на специальную

панель, собака этой группы могла отключить питание системы, вызывающей удар. Таким образом, она была в состоянии контролировать ситуацию, её реакция имела значение. У второй группы отключение шокового устройства зависело от действий первой группы. Эти собаки получали тот же удар, что и собаки первой группы, но их собственная реакция не влияла на результат. Болевое воздействие на собаку второй группы прекращалось только тогда, когда на отключающую панель нажимала связанная с ней собака первой группы. Третья группа собак (контрольная) удара вообще не получала.

В течение некоторого времени две экспериментальные группы собак подвергались действию электротока равной интенсивности в равной степени и в течение одинакового времени. Единственное различие состояло в том, что одни из них могли легко прекратить неприятное воздействие, а другие успевали убедиться в том, что не могут повлиять на неприятности. После этого все три группы собак были помещены в ящик с перегородкой, через которую любая из них могла легко перепрыгнуть, и таким образом избавиться от боли. Собаки из группы, имевшей возможность контролировать удар, выпрыгивали. Также перепрыгивали барьер собаки контрольной группы. Собаки с опытом неконтролируемости неприятностей металась по ящику, а затем ложились на дно и, поскуливая, переносили удары током все большей и большей силы.

Подобные эксперименты позже были проведены на животных различных видов и на людях-добровольцах. Результат был шокирующе идентичным — животные и люди с выработанным чувством выученной беспомощности терпели отрицательное воздействие любой интенсивности, не пытаясь его избежать.

Для практикующего эрготерапевта важно понимать, что беспомощность вызывают не сами по себе неприятные события, а опыт неконтролируемости этих событий. Живое существо становится беспомощным, если оно привыкает к тому, что от его активных действий ничего не зависит, неприятности происходят сами по себе и на их возникновение влиять никак нельзя.

Болеющий человек автоматически попадает в группу риска — он не может покинуть дискомфортное место. Если он не может повлиять на среду (включая людей, которые его игнорируют или делают по-своему) — выученная беспомощность гарантирована. Исследования показывают, что невозможность влиять на среду окружения приводит к снижению когнитивных возможностей, снижению общей двигательной активности, депрессивным расстройствам и ускоряет смерть пациента.

Семья и ухаживающие являются той самой средой, которая может стимулировать самостоятельность пациента или ее уничтожить. Эти люди окружают пациента значительную часть времени, являются фильтром информации, доносимой до пациента и от пациента вовне. Часто они просят за пациента, отвечают за или вместо пациента, двигаются за пациента, принимают решения за пациента и даже, как им кажется, успешно думают за пациента. В этой ситуации часто возникает такое явление, как гиперопека. Гиперопека — это не просто избыточный уход, это вредные для всех сторон патологические созависимые межличностные отношения. Проявляется это в том, что за ребенка или взрослого пациента принимают решения, потому что «лучше знают», желания и мнение пациента не учитывается. Ситуация деформирует личность пациента, часто приводит к развитию неврозов и депрессии.

Прямолинейная попытка специалиста снизить гиперопеку часто вызывает агрессию со стороны семьи в активной форме или в виде «убегания» к другому специалисту. Гиперопека подразумевает наращивание самооценки ухаживающего за счет объекта опеки. Чувство потери контроля над жизнью, чувство вины из-за болезни близкого существенно снижает самооценку ухаживающего родственника и несет риски замещения ассистивного ухода на гиперопеку. Гиперопека всегда блокирует деятельность пациента и усугубляет инвалидность. Таким образом, мы всегда стремимся к тому, чтобы пациент выполнял как можно больше активностей сам, без помощи или только с необходимой помощью. Даже медленное и неловкое самообслуживание гораздо

полезней, чем аккуратное и красивое замещение его деятельности уходом!

Каким образом выстроить отношения с пациентом, который не может выжить без ухода, так, чтобы сохранить его личность и самоуважение?

Необходимо выполнять ряд правил:

- *Необходима обратная связь! Мы отвечаем на запрос, а не навязываем, это дает адекватное понимание потребностей пациента.*
- *Не забывать спрашивать и дожидаться ответа от пациента.*
- *Не озвучивать пациента, не додумывать, не заменять ответом от себя или ухаживающих.*
- *Разработать свою систему общения (покажи рукой, моргни, если да, покажи карточку, нажми кнопку и т. п.).*
- *Выполнять просьбы.*
- *При невозможности выполнить просьбу, объяснять почему не можем этого сделать.*
- *Анализировать активность, исходя не из «тяжести нарушений», а из возможностей и ограничений деятельности.*

Что влияет на любую активность, включая самообслуживание?

- *Уровень стресса.*
- *Понимаю задачу или нет.*
- *Могу принять нужную позу и ее поддерживать или нет.*
- *Могу совершить нужное движение или нет.*
- *Мотивация (хочу, выгодно, интересно, не хочу, не интересно).*
- *Успешный опыт достижения активности (получилось у меня + одобрили другие), удовлетворение.*
- *Наличие навыка выполнения активности (знаю как, умею).*
- *Наличие привычки (делаю постоянно и не задумываюсь).*
- *Окружающая среда удобна, привычна, помогает выполнять задачу.*

Эрготерапевты помнят о том, что на уровень выполнения активности всегда влияет среда. Поэтому мебель должна поддерживать позы для отдыха и позы для активностей, поддерживать возможность изменить позу или совершить движение. Предметы, используемые в активностях, должны быть доступны для самостоятельного дотягивания, захвата и манипулирования. Контекст должен соответствовать деятельности: плохо и неприятно умываться и ходить в туалет в спальне.

Где человек обучается самообслуживанию? В школе? В вузе? Нет, это происходит в привычной среде, дома. Обучение происходит естественным путем, через наблюдение за другими людьми и участие в рутинных процессах. Мы выполняем жизненные задачи потому, что в детстве видели, как это делается другими, потом играли в это, потом начали применять самостоятельно.

Пойдет ли речь о ребенке с нарушениями развития или восстановлении пациента после тяжелого поражения головного мозга, если пациент не наблюдает за другими людьми, он не научится правилам коммуникации, взаимодействовать, решать проблемы и планировать, двигаться, думать, есть, пить, одеваться и т. п. Если его придется учить в директивной манере, на тренажерах, в отрыве от наблюдения за такой же деятельностью, результат обучения будет сомнительным. Если мы говорим о вмешательстве для ребенка с нарушениями развития, то для успешной реабилитации он должен так же участвовать в жизни семьи, как и обычный ребенок: следовать за мамой и папой в квартире, наблюдать за приготовлением еды, стиркой, семейными отношениями и т. п., если речь идет о взрослом пациенте, его также следует как можно полнее включать в жизнь семьи, а не делать объектом ухода.

Любое обучение активности начинается с наблюдения за выполнением задачи. Если человек не видел, как задача выполняется, не изучил условия и предметы, но его пытаются заставить выполнить действие, он испытывает стресс и защищается от него агрессией или «бегством» т. е. плачем или уходом в себя. Страшней всего для пациента те действия, которые связаны с телом (еда, питье, чистка зубов, мытье, гигиена промежности

и т. п.). Яркий пример тому — дети с ДЦП, которых кормят в комнате или на коленях у мамы. Они сильно сопротивляются кормлению, потому что не рассматривали еду, не видели, как ее готовят, не понимали, что это такое, не рассматривали и не изучили посуду (ложку), не видели, как едят другие. В их представлении «из ниоткуда берется нечто липкое, и это суют в рот неожиданно». Этим же часто обусловлено сопротивление или паника при кормлении взрослых пациентов, пришедших в сознание после повреждения головного мозга.

Активности самообслуживания выполнимы только в подходящей для этого позе. Позы, в которых мы выполняем жизненные задачи, связаны с физиологией процесса. Например, в процессе приема пищи нам нужно концентрировать внимание на еде и приборах, контролировать ощущения во рту, контролировать взаимодействие дыхания и глотания пищи и слюны, контролировать мелкомоторную координацию (своевременно открыть и закрыть рот, двигать челюстями, перемещать пищу языком, глотать, контролировать движения руки и т. п.). Для облегчения задачи мы заранее принимаем сбалансированную позу, сидя с легким наклоном вперед. При этом мы непрерывно прикладываем усилие для поддержания тела в нужной позе, для поддержания моторного и когнитивного контроля.

Пример проблемы, связанной с позой: пациент с парезом после инсульта сопротивляется кормлению, потому что находится в неправильной позе. Он не может удерживать голову и перекархивается. Или пациент сидит неравновесно, таз перекошен, отчего усиливается спастичность, и пациенту трудно глотать. Другой пример: дети с ДЦП сопротивляются чистке зубов в позе лежа на спине или с запрокинутой головой, данная поза не физиологична для чистки зубов и угрожает дыханию пациента.

Если поза неправильная, то может:

- усиливаться тонус мышц (спастичность);
- положение конечностей и сегментов тела неправильное (риск потери равновесия, падения, неправильных движений);

- снизится амплитуда и свобода движений;
- будет трудней дышать;
- быстрее нарастет усталость;
- снизится мотивация.

В результате деятельность станет невозможной или трудно-выполнимой.

Неправильная поза влечет за собой риски:

- риск боли;
- риск аспирации;
- риск падения;
- риск контрактур или разрыва связок\мышечных волокон;
- риск подвывихов/вывихов/травм.

При планировании восстановления самообслуживания нужно учитывать, что у любой активности есть стадии:

1. Имею потребность (хочу, выгодно, интересно, избегаю дискомфорта).
2. Знаю как (что за чем следует, чем закончится, что использовать).
3. Планирую действия неосознанно (последовательность движений и ощущений).
4. Начинаю действие (имея план всей задачи).
5. Поддерживаю действие.
6. Завершаю действие (когда результат совпал с запланированной целью) — бессознательный анализ совпадения цели и результата. Или прерываю действие (если цели достигнуть не могу — устал, не справился и т. п.).

Завершенное действие (если цель достигнута) подкрепляется выбросом эндорфинов (срабатывает система внутреннего подкрепления головного мозга) и запоминается. Так формируется мотивация. Незавершенное действие (цель не достигнута) не запоминается или запоминается как неудача, если связано с болью, дискомфортом, переживаниями. Результат — снижение мотивации или выученная беспомощность.

Для того чтобы стимулировать деятельность, нужно соблюдать определенные правила. Нельзя начинать активность за клиента (говорить ему «сделай», брать его руку и ею двигать и т. п.). Нужно показать, как эта активность может выглядеть, дать изучить ее и спланировать самостоятельное действие. Можно облегчить активность, поддержать или заместить в какой-либо фазе выполнения. Можно совместно с пациентом завершить действие. Нужно дать время самостоятельно обдумать результат. Если у клиента есть такая потребность, выразить искреннее одобрение (но не давать оценку, так как она может не совпасть с мнением пациента).

Активность «ПРИНИМАТЬ ПИЩУ И ПИТЬЕ». Сценарий и контекст задачи

Где люди обычно едят? На кухне или в столовой. За столом. Если пациент стабилен и его можно перемещать, даже если он не ест сам, его нужно кормить, посадив за стол. Пациент должен принимать пищу там, где ее принимают другие члены семьи, или там, где он привык. Если это невозможно, то как можно дальше от кровати, в которой пациент спит и отдыхает. Это важно, так как нашему пациенту нужно создавать чувство обычной жизни.

Как люди едят? Сидя, наблюдая пищу и питье, наблюдая действия других с пищей (приготовление пищи, накрывание на стол, использование посуды и приборов, прием пищи и т. п.). Наблюдение за этими процессами готовит нас к приему пищи и ее перевариванию.

Перед тем как планировать вмешательство, направленное на восстановление или выработку навыка приема пищи, необходимо ответить себе на ряд вопросов. Как пациент может участвовать в процессе? Доступно ли ему понимание цели активности и самого процесса, возможна ли с ним договоренность об обмене сигналами о помощи, об усталости, о необходимости сделать паузу и т. п., доступна ли ему деятельность целиком или фрагменты деятельности, нужно ли адаптировать задачу или адаптировать предметы и какого рода адаптация нужна.

Также эрготерапевт должен знать, что:

- Принимать пищу и питье можно только сидя! Это относится и к пациентам с зондом и гастростомой. В крайнем случае, «тяжелым» пациентам поднимают головной конец не менее чем на 30 градусов.
- Пациента нужно разбудить и посадить!
- После приема пищи пациент с нарушениями глотания должен сохранять позу сидя не менее 30 минут.
- Для пациента с нарушениями глотания чем жиже пища — тем выше риск аспирации, хуже всего контролируется глотание воды.
- Эрготерапевт должен иметь полную информацию о функции глотания, для чего требуется предварительная консультация специалиста по дисфагии (в России этими компетенциями обладает логопед медицинского учреждения).

Также эрготерапевту необходимо понимать, как обычно реализуется активность «принимать пищу».

Для того чтобы спокойно есть, нам необходимо:

- Не испытывать стресса и тревоги (сильная тревога ухудшает аппетит, а также глотание);
- Сидеть симметрично, равномерно, с опорой на стопы и немного наклоняясь вперед (простые виды пищи мы можем есть стоя и на ходу, если здоровы, но малейшее нездоровье или сложная еда заставляют нас принять более безопасную позу сидя);
- Ощутить еду по запаху и на вид и узнать ее (опознать как нечто съедобное);
- Ощутить и узнать приборы для приема пищи;
- Дотянуться, захватить и удержать приборы, расположить и контролировать положение посуды;
- Используя приборы или руки, приблизить еду к лицу и рту (понять, что сейчас еда приблизится к лицу и рту, если нас кормят);

- Открыть рот и положить еду в рот (принять еду в рот, если нас кормят);
- Ощутить еду во рту (положение, текстуру, температуру), контролировать смыкание губ;
- Жевать и дышать (переключаться, контролировать пищевой ком);
- Перемещать ком еды во рту и в глотку, контролировать его положение, контролировать количество слюны;
- Глотать и дышать попеременно;
- Ощутить, что рот освободился (или остаток пищи);
- Проглотить слюну и остаток пищи, если он есть;
- Быть готовым продолжить процесс и повторять цикл до конца приема пищи.

Как адаптировать процесс, если пациент ограничен в этой активности и не может есть самостоятельно?

При необходимости сохранять положение лежа, наличии возможности глотать и возможности двигать руками, пациента можно научить есть и пить лежа в кровати с приподнятым головным концом. Для этого потребуются поднять головной конец кровати не менее, чем на 30 градусов, или поднять на ту же высоту верхнюю часть туловища, используя жесткую опору для спины. Нельзя поднимать только шею и голову, так как пища может вернуться из пищевода в рот при откидывании головы в исходное положение. Нельзя придавать позу пациента обычными мягкими подушками, так как эта поза не стабильна, не дает возможности должным образом напрягать мышцы при глотании, вдохе и выдохе. Кроме того, пациент в мягких подушках, «сворачивается» внутрь, не может нормально расправить грудную клетку, а это необходимо и для дыхания, и для прохождения пищи по пищеводу, и для нормального положения желудка.

Придав функциональное и безопасное положение пациенту, в кровати можно разместить кроватный столик. После этого необходимо оценить возможность пациента в такой позе и при наличии столика взять руками пищу (хлеб, сосиску, ломтик другой еды) и столовые приборы (ложку, вилку). Если пациент может

принимать пищу только определенной консистенции, эрготерапевт проверяет возможности пациента по взаимодействию только с такой, безопасной пищей. После диагностики станет ясно, нужно ли и дальше адаптировать среду. Например, поднять столик выше, подложить валики под локти пациента, чтобы избавить его от необходимости поднимать верхнюю часть руки, утолщить ручку ложки для удобства захвата, пристегнуть ложку к запястью, дать изогнутую ложку, если невозможен захват в привычной плоскости, утяжелить ручку ложки при атаксии, надевать ортез на запястье для фиксации правильного и более функционального положения запястья и большого пальца, использовать ортез для плеча или локтя и т. п. Также следует учесть, что густую и вязкую пищу проще есть ложкой, так как она не вытекает из ложки, когда ложку держат неровно; при риске повредить лицо и рот металлической вилкой ее можно заменить на пластмассовую (не одноразовую).

Если у пациента неглект, полезно будет использовать зеркало. Однако часто приходится располагать зеркало так, чтобы пациент видел в зеркале свои руки и предметы, но не видел лицо, так как пациента может выводить из равновесия вид своего лица при приеме пищи. Возможно, придется изменить сценарий задачи. Например, пить суп из кружки, брать твердую пищу руками, разделить стандартную порцию на дополнительные порции (кусочки), разделить пищу по текстуре и фактуре (не смешивать твердое, жидкое, вязкое, эластичное), сделать пищу однородной и т. п. Пациент может принимать пищу с частичным ассистированием. Например, он берет рукой хлеб (твердую) пищу, подносит ко рту и откусывает, а ложку (кружку) ему подносит ко рту и удерживает ухаживающий. Или пациент зачерпывает еду ложкой (берет кружку), и ухаживающий поддерживает руку с предметом (или предмет) в правильном положении, при этом пациент сам регулирует скорость и направление движения руки с предметом.

Чтобы помощь такого рода была корректной и востребованной пациентом, все этапы помощи оговариваются с ним заранее.

Пациент выбирает сигналы, которые он будет подавать для начала и завершения помощи, каким сигналом он остановит помощника, если стало некомфортно и т. п. Также помощь чужими руками нужно заранее порепетировать, чтобы при самом приеме пищи пациент не совмещал обучение и еду, стресс от обучения будет ухудшать аппетит и выполнение задачи. Описанные выше договорённости применяют не только при восстановлении активности приема пищи, но и при восстановлении любой активности, где есть взаимодействие с помогающими.

Если пациент может есть сидя в кровати, на кровати с опущенными ногами, сидя в кресле или на стуле, то его среда адаптируется, исходя из возможной позы. Поддержка спины также должна быть ровной, устойчивой и достаточно жесткой, не допускающей перекручивания в сторону, сползания, потери равновесия. В любой позе сидя пациенту необходимо поддерживать баланс центра тяжести, если центр тяжести смещен вбок, назад или вперед (перекос позы) или находится в движении (сидит без опоры на ноги), то пациент испытывает чувство потери равновесия (падения), его мышцы рефлекторно повышают тонус, повышается тревога, артериальное давление и т. п. В таком состоянии пациент будет хуже использовать руки для любых действий, ему сложнее контролировать положение головы, и пациент может отказаться от приема пищи вообще.

Следовательно, для начала необходимо придать симметричную позу (таз на одном уровне, плечи на одном уровне), устойчивую (ноги стоят на полу или прочной подставке, либо упираются в закрепленный валик, если ноги пациента в кровати). Если ноги пациента на полу, то верхняя часть туловища должна быть немного наклонена вперед, как у здорового человека, принимающего пищу без ограничений. Спина пациента поддерживается подставкой или жесткими подушками для позиционирования, при отсутствии оборудования пациента можно поддержать обычными подушками, но между ними и спиной должна быть прокладка из картона или жесткой вспененной плиты для теплоизоляции стен. Поддержка для спины должна быть

достаточно жесткой, не сминаться, не давить на кожу (риск пролежня), не перегревать кожу пациента.

Некоторым пациентам может понадобиться и поддержка с боков. Например, если пациент не может удержать корпус или не чувствует своего положения в пространстве из-за неглекта. После придания нужной позы эрготерапевт выясняет, какая высота поверхности прикроватного столика будет удобной пациенту, нужна ли поддержка для рук, что нужно адаптировать из среды и как нужно адаптировать задачу (пример см. выше)

Активность «УМЫВАНИЕ ВОДОЙ». Сценарий и контекст задачи

Где мы обычно умываемся? Ребенок — в ванной, в ванночке (тазике) в комнате, в кухне, стоя или сидя на полу; взрослый — в ванной/душе; в сельских условиях — на улице, используя ручкомойник.

Как мы это делаем? Сидя или стоя, наблюдая за действиями с водой и предметами гигиены.

Перед тем как планировать вмешательство, необходимо ответить себе на ряд вопросов. Как пациент может участвовать в процессе? Доступно ли ему понимание цели активности и самого процесса, возможна ли с ним договоренность об обмене сигналами о помощи, об усталости, о необходимости сделать паузу и т. п., доступна ли ему деятельность целиком — или фрагменты деятельности, нужно ли адаптировать задачу или адаптировать предметы и какого рода адаптация нужна.

Как мы обычно умываемся:

- *Определяем местонахождение всех нужных предметов и устройств (раковина, тазик, умывальник, мыло, полотенце и т. п.);*
- *Приближаемся к месту умывания;*
- *Принимаем удобную, безопасную и равновесную позу;*
- *Открываем кран, или наливаем воду, протягиваем руки к воде;*
- *Смачиваем руки, смачиваем лицо;*

- *Захватываем нужные предметы (мыло, мочалка, губка), манипулируем ими до достижения результата (намыливание рук, лица), периодически закрываем глаза, контролируем вдохи, чтобы не попала вода;*
- *Смачиваем руки и лицо, удаляем грязь, мыло и т. п., повторяем до достижения желаемого результата;*
- *Смачиваем руки и лицо, протираем кожу;*
- *Дотягиваемся и берем полотенце, протираем руки и лицо, проверяем результат (сухая ли кожа);*
- *Можем использовать крем для рук или лица.*

Как можно адаптировать эту активность, если пациент не может умываться обычным способом?

Можно предложить пациенту самостоятельно протирать лицо и руки готовыми влажными салфетками, смоченными теплой водой марлевыми салфетками или полотенцем в доступной ему позе — сидя или лежа (при необходимости, позиционировав). Если пациент хочет реализовать эту активность, при этом он может захватить эти предметы и приблизить их к лицу, но не может умываться водой, — нужно дать пациенту максимальную самостоятельность и умывать водой по необходимости удалить загрязнение, не удаляемое самим пациентом. Для того чтобы это было возможно, предметы можно расположить на прикроватном столике или на клеенке, предварительно выложенной на кровати, там, где пациент может намочить и запачкать постель или себя.

Ребенка, которого обучают этой активности можно посадить на пол и поставить перед ним тазик с водой и нужные предметы, познакомить с предметами (мыло, мочалка, губка) через игру (например, пустить по воде мыльные пузыри), умыться самим, чтобы ребенок увидел пример активности.

Достаточно часто пациенту требуется зеркало, контроль своего отражения в зеркале поможет справиться быстрее и лучше.

Можно заранее разложить предметы в удобном порядке и с учетом возможностей рук, можно подавать предметы в нужном порядке и составить визуальное расписание для умывания, подобрав рисунки для каждой фазы умывания последовательно.

Нельзя поливать водой лицо, тянуть за руки в воду. Нельзя умывать лежащего на спине, нельзя умывать спящего человека. Все это пугает и может спровоцировать паническую атаку из-за страха захлебнуться!

Активность «ПОСЕЩЕНИЕ ТУАЛЕТА». Сценарий и контекст задачи

Где мы обычно совершаем мочеиспускание, дефекацию и связанные с этим гигиенические процедуры? Как можно дальше от места сна, принятия пищи, продуктивной деятельности или игр. Эта удаленность существенна для поддержания самоуважения и, в конечном итоге, ощущения своей дееспособности. Поэтому всегда нужно стремиться восстановить посещение туалета, а не облегчить уход подгузниками. Если пациент может использовать только судно или прикроватный туалет, их необходимо скрывать за ширмой вне использования пациентом.

Как мы ходим в туалет? Сидя или стоя, без стресса, с соблюдением интимной обстановки (необходимо скрыться от взглядов, избежать присутствия других людей и т. п.). Мы долго обучаемся этому, знакомимся с различными видами санитарных устройств, избегаем непривычных и незнакомых. Пациента также необходимо познакомить с санитарными устройствами. Иногда даже есть необходимость родственникам показать на себе, что это безопасно, если пациент ребенок или когнитивно снижен.

Для того чтобы восстановить эту активность у пациента, нам нужно ответить на те же стандартные вопросы. Каково возможное участие пациента в процессе? Доступно ли ему понимание цели и структуры процесса, возможна ли с ним договоренность, будет ли он выполнять фрагменты деятельности или задачу целиком, необходима ли адаптированная деятельность и адаптация среды.

Сценарий туалетных активностей:

- *Понимаю, что хочу в туалет, определяю потребность в дефекации или мочеиспускании;*

- *Определяю, где находится ближайшее из доступных мне мест для совершения деятельности;*
- *Понимаю, как можно добраться до туалета (сообщить, попросить о помощи, пересечь, пройти);*
- *Понимаю, сколько времени потребуется, чтобы добраться до нужного места;*
- *Своевременно выдвигаюсь в туалет (или начинаю просить о помощи);*
- *Достигаю туалета (дохожу или пересаживаюсь и т. д), попадаю внутрь (открываю дверь, зажигаю свет и т. п.);*
- *Обеспечиваю интимность (закрываю дверь, шторку и т. п.);*
- *Освобождаюсь от лишней одежды;*
- *Разворачиваюсь, присаживаюсь или принимаю другую удобную позу;*
- *Совершаю дефекацию или мочеиспускание.*

Гигиена после туалета

Где мы ее осуществляем? На санитарном устройстве или рядом с ним.

Как мы это делаем? Сидя или стоя, без стресса, с соблюдением интимной обстановки (закрыться от обзора, без посторонних лиц и т. п.). Мы также заранее знакомимся с предметами гигиены (бумага сухая, влажная, рулонная, нарезанная, гели, душ и т. п.), знаем их на ощупь, умеем использовать, не глядя на предмет.

Пациента также необходимо познакомить с предметами гигиены, показать, что это безопасно, научить открывать, закрывать, использовать обычным или адаптированным образом.

Сценарий активности «гигиена в туалете»

- *Ощущаю загрязнение;*
- *Понимаю, где оно, как и чем его убрать;*
- *Нахожу нужное средство гигиены;*
- *Вижу бумагу, или салфетки, или другое нужное, могу дотянуться и взять в руку столько, сколько необходимо;*

- *Принимаю удобную позу и удерживаю ее;*
- *Могу протереть нужные части не глядя;*
- *Сохраняю позу;*
- *Могу проверить чистоту кожи, ощущаю чистоту кожи;*
- *Выбрасываю в нужное место использованные средства;*
- *Проверяю чистоту рук;*
- *Очищаю руки;*
- *Принимаю позу для надевания одежды на нижнюю часть туловища;*
- *Надеваю одежду;*
- *Мою руки.*

Из перечисленного видно, что активность посещения туалета — одна из самых сложных для человека. Она требует достаточного интеллекта, памяти, выносливости к физическим нагрузкам, сложных движений, координации движений. Для того чтобы восстановить или развить этот навык, зачастую необходимо разбить активность на фрагменты и обучать по фрагментам.

Часто первой задачей становится создание ощущения безопасности при посещении туалета. Далее нужно познакомить пациента заранее со всеми устройствами и предметами, убедиться в том, что он может их захватывать, удерживать и манипулировать в нужных позах, понимает назначение предметов, при необходимости потренировать захваты и манипуляции. Также необходимо подумать о том, нужны ли адаптивные устройства для захвата и (или) удержания предмета или адаптация среды для принятия, удержания и смены позы. Ребенку дать поиграть с туалетной бумагой, водой, спускать воду, дать рассмотреть все с безопасного расстояния, поиграть с куклой, сидящей на горшок или унитаз, показать самому, что на унитаз можно сесть и это безопасно.

Возможно, понадобится выработать сигналы о необходимости посещения туалета (высадке на судно, смене памперса), которые будут удобны пациенту. А ухаживающих научить реагировать на них незамедлительно. Важно учесть, что в ходе

отработки навыка с ребенком или когнитивно сниженным пациентом будет стадия проверочных просьб, когда пациент проверяет, действительно ли просьба о помощи работает. К этому необходимо отнестись с пониманием, но обозначить и то, что звать нужно только при необходимости.

Возможно, придется тренировать отдельные движения и манипуляции вне процесса мочеиспускания и дефекации, так как пациент, не испытывающий позывов, будет более спокойным и сконцентрированным.

Полезна тактика посещения туалета через равномерные промежутки времени (раз в 2 или 3 часа). В этом случае также пациент более спокоен и собран, менее торопится и может обдумывать нужную последовательность действий, самостоятельно или при помощи визуального расписания либо инструкции.

И не менее важная задача эрготерапевта — совместно с пациентом найти безопасные позы и положения для всех элементов задачи. При этом учитываются не только физические и психические возможности пациента, но и условия освещенности, дистанции, качества напольного покрытия, особенности архитектуры, наличие различных предметов по пути следования и в местах разворотов и т. п.

Активность «ПРИЧЕСЫВАНИЕ». Сценарий и контекст задачи

Где мы обычно причесываемся? Там, где необходимо привести волосы в порядок — в ванной, в спальне, в коридоре, на работе, в поезде и т. п.

Как мы это делаем? Сидя или стоя, при необходимости и лежа. Использовать расческу дети учатся достаточно долго, по подражанию, в играх, по просьбам и требованиям родителей. Навык появляется только тогда, когда ребенок осознает необходимость выглядеть определенным образом, и это связывается с ощущением «беспорядка на голове». Сложность становления этого навыка связана с тем, что ребенку нужно объединить ощущения с кожи головы, внешний вид и социальные требования. Однако при восстановлении навыка

у взрослого человека он будет одним из самых простых и доступных. Он может быть одним из первых для лежащего пациента, пришедшего в стабильное состояние после травмы или заболевания (при учете двигательного ресурса рук). Для восстановления активности пациента нужно будет ознакомить с расческами (различные адаптированные варианты), подобрать удобные, показать на себе, каким образом ими пользоваться.

Как и во всех других случаях, предварительно выясняем, возможно ли участие пациента в процессе? Имеется ли у него понимание цели и процесса, возможна ли с ним договоренность, будет доступна вся активность или фрагменты деятельности, понадобится ли адаптированная деятельность и устройства.

Сценарий активности:

- *Ощутить или увидеть, что нужно расчесаться (потребность поддержать комфорт или внешний вид);*
- *Выбрать расческу, взять расческу;*
- *Принять удобную и равновесную позу;*
- *Представить себе конечный результат;*
- *Контролировать отражение в зеркале, по отражению контролировать движения, совершать движения руками и головой, удерживать позу;*
- *Достичь результата, проверить его;*
- *По результату продолжить или завершить расчесывание.*

Как можно адаптировать активность?

- *Подобрать удобную для захвата расческу (толстую ручку, длинную ручку, одевающуюся на руку расческу и т. п.);*
- *Расческа должна давать приятные ощущения для кожи;*
- *Мотивировать через ощущения (мягкий массаж головы расческой);*
- *Мотивировать через внешний вид (расчесанный человек выглядит более здоровым);*
- *Для ребенка необходима игра — изучение возможностей предмета;*

- Для ребенка — расчесать игрушку, другого человека;
- Предлагать расческу яркого однотонного цвета для когнитивно сниженных пациентов и детей;
- Искренне поощрять результат — внешний вид пациента.

Активность «ЧИСТКА ЗУБОВ». Сценарий и контекст задачи

Где люди чистят зубы? В ванной или на кухне. Дети иногда чистят зубы в комнате. «Тяжелый пациент» может это делать сидя в кровати или лежа в ней.

Как мы это делаем? Сидя или стоя, в случае необходимости — лежа. Дети достаточно долго вырабатывают навык чистки зубов. Легче навык вырабатывается у тех детей, которые видели этот процесс со стороны, наблюдая за другими членами семьи, а также имели возможность изучить предметы гигиены и поиграть с ними. При восстановлении навыка или необходимости осуществлять уход, необходимо ознакомить пациента с зубной щеткой, которой он (или ему) будет чистить зубы. Это может быть обычная зубная щетка, адаптированная или напальцевая щетка, тканевый тампон на шпатель и т. п. Если пациент будет чистить зубы сам, для него нужно подобрать удобные устройства, показать, что это безопасно.

Здесь также важно оценить уровень возможного участия пациента в процессе, понимание цели и структуры процесса. Выяснить, возможна ли договоренность с пациентом, доступна ему полная активность или фрагменты деятельности и какие, потребуется ли адаптированная деятельность и адаптированная среда и предметы.

Сценарий активности «чистить зубы»:

- Вначале надо ощутить потребность (время дня или чувство загрязнения во рту);
- Определить расположение предметов;
- Принять удобную и безопасную позу;
- Дотянуться до воды (включить, открыть, налить и т. п.), смочить зубную щетку;

- Нанести на щетку чистящее средство (выдавить пасту, макнуть в порошок или бальзам и т. п.);
- Поместить щетку в рот, совершить движения рукой, контролировать дыхание, не глотать слюну, контролировать смыкание губ и положение языка, вынуть щетку, сплюнуть;
- Набрать воду в стакан, ладонь и т. п.;
- Набрать в рот воды (из стакана, ладони и т. п.);
- Контролировать смыкание губ;
- Перемещать воду во рту, контролировать дыхание, движения языка, не глотать;
- Нагнуться или наклонить голову к раковине (тазику) сплюнуть;
- Проверить (ощутить) состояние зубов, языка, есть ли остаток пасты и т. п.;
- Закончить или повторить процедуру.

Как можно адаптировать эту активность?

- Использовать позу сидя, использовать поддержку для шеи и головы (заднебоковой или полный держатель), поддерживать корпус (корсетом, специальными подушками, валиками, специальными ремнями);
- Адаптировать ручку зубной щетки, краны, использовать держатель для тюбика с пастой или коробочки для порошка). Заменить предметы на более простые в использовании (тюбик с пастой на бальзам-ополаскиватель и т. п.) Изучить предметы, потренировать их использование по отдельности;
- Потренировать отдельно удержание слюны и воды;
- Использовать держатели на присосках, для фиксации предметов на месте;
- Использовать противоскользящие коврики на полочках, краях раковины и везде, где необходимо;
- Использовать зеркало для отслеживания позы и движений;
- Использовать дополнительную мебели или поручни для удерживания позы в процессе активности.

Активность «ОДЕВАНИЕ». Сценарий и контекст задачи

Где мы обычно одеваемся? В соответствии с ситуацией (уличную одежду — в коридоре, пижаму — в спальне, в ванной после мытья и т. п.) Различная одежда — от нижнего белья до уличной одежды — надевается нами в соответствии с целями: для тепла, для приличия, для соответствия выбранной социальной роли, для решения различных задач. Достаточно долго мы учимся выбирать и надевать одежду, соответствующую нашим задачам (от выноса мусора до выступления на публике).

Как мы обычно одеваемся? Сидя или стоя, в некоторых случаях — и лежа. Обычно мы учимся этому, наблюдая за членами семьи и другими людьми, в случае приобретения одежды нового фасона можем самостоятельно потренировать ее надевание перед тем, как начать использовать. Например, если вы не носили ранее фрак или сари, то процесс первичного знакомства с этими видами одежды будет долгим, а первый опыт надевания неловким. Значит, и при обучении пациента его нужно сначала познакомить с вариантами одежды, подобрать удобные, показать на себе, что это возможно и безопасно.

Как и в других случаях, перед обучением нужно выяснить, возможно ли самостоятельное участие пациента в процессе? Есть ли у него понимание цели и процесса, желание участвовать, возможна ли с ним договоренность, будет он выполнять фрагменты деятельности или всю деятельность полностью, нужно ли адаптировать деятельность и среду, подбирать средства адаптации.

Сценарий активности «одевание».

- *Определить, для чего нужно одеться (для тепла, для гигиены, для красоты и т. п.);*
- *Определить, какая одежда решит нужные задачи;*
- *Вспомнить или найти место, где находятся нужные предметы;*
- *Выбрать нужные предметы (подобрать по цвету, задаче и т.п.), дотянуться, захватить, переместить, расположить в нужном порядке;*

- *Определить, как надеть предметы (последовательность движений и манипуляций);*
- *Сложить или расправить предметы удобно;*
- *Принять устойчивую и удобную позу, сохраняя и (или) изменяя позу, совершить необходимые движения последовательно;*
- *Проверить, все ли правильно и удобно, соответствует ли одежда поставленным задачам;*
- *Поправить одежду при необходимости.*

Как можно адаптировать активность:

- *Подобрать одежду с широким воротом, без рукавов или с широким рукавом, из хорошо тянущейся ткани, без застёжек, без резинок, сужающих рукав и ворот;*
- *Подобрать одежду на 1–2 размера больше, чтобы ее было проще надевать;*
- *Подобрать обувь без застёжек или на липучках, без язычка;*
- *Положить предметы в нужном порядке;*
- *Выбрать однотонную одежду, выкладывать на контрастный однотонный фон;*
- *Сложить одежду для удобного надевания, например совместить ворот и подол (хомутом), собрать брючины к поясу;*
- *Тренировать одевание по частям (дать надеть на голову, подтянуть вниз, или надеть на шею и корпус, дать пациенту расправить и т. п.);*
- *Подобрать удобную позу для одевания, например, это может быть поза лежа на боку при надевании брюк, если проблематично подтянуть к себе ногу сидя или согнуться;*
- *Оборудовать место для одевания (низкий стул, стул со спинкой, валик под поясницу, поручень и т. п.);*
- *Подобрать адаптивные устройства (захват для носков и обуви, расширители для носок и брючин и т. п.).*

В завершение этого раздела хочется еще раз привлечь внимание к следующему. В процессе реабилитации необходимо понять потребности и ресурсы, а не только ограничения пациента/клиента. Необходимо понимать структуру активности,

чтобы ее улучшить, следовательно, необходимо хорошо изучить сценарии повседневных активностей. Для этого полезно наблюдать за здоровыми людьми различных возрастов, живущих в разных условиях.

При восстановлении самообслуживания необходимо дать пациенту максимум самостоятельности, не требовать от него скорости, дать попробовать варианты выполнения, из которых пациент оставит себе самые удобные ему сценарии активности. Перед тем как приступить к восстановлению навыков, необходимо решить проблему стресса, коммуникации, физиологических поз пациента, иначе активность не будет выполнена. Активностям необходимо терпеливо обучать, с учетом возможностей и желаний пациента.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РУКИ

Восстановление руки вынесено в отдельный раздел пособия, так как это не просто сегмент тела, но сложная система с различными функциями, обеспечивающая человеку большую часть его повседневных активностей. Крайне сложно найти такие виды деятельности человека, где не использовались бы руки. Рука захватывает, удерживает и перемещает предметы, чувствует и распознает на ощупь, участвует в изменениях и стабилизации положения тела. Функции руки (чувствительные, двигательные) и связанные с ними (координация, сила, выносливость) развиваются постепенно, их развитие неразрывно связано с активностями.

При отсутствии даже у здорового ребенка необходимых активностей (изучение своего тела, изучение мира, игра) функции не сформируются должным образом. Примером того является недостаточная координация, недостаточная сила и выносливость у детей, выросших в городе перед телевизором и планшетом и не имеющих привычек к ручному труду и досугу. Своевременное и максимально полное развитие активностей руки вносит важный вклад в становление системы сенсорно-моторной интеграции. Понимание этих взаимосвязей важно для эрго-

терапевта независимо от того, занимается ли он восстановлением руки или становлением (развитием) активностей, работает со взрослым или ребенком.

Развитие функций руки интересно тем, что, в отличие от ходьбы, для рук существует минимальное количество врожденных автоматизмов, поэтому система ЦНС – рука проходит более сложное и долгое обучение. У этого явления есть отрицательная сторона — рука может легко потерять сложные двигательные навыки при заболевании ЦНС или снижении числа активностей. Есть и положительная сторона — руку можно переобучать, и в переобучении эта система более гибкая. Для успешного обучения и переобучения необходимо понимать естественные механизмы развития функций и активностей, чтобы понимать, какое звено нарушено. Это дает возможность избежать грубых ошибок, например, таких, как тренировка активностей, требующих трехпальцевого захвата у пациента, которому доступны только ладонные.

РАЗВИТИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РУКИ С РОЖДЕНИЯ

Одна из первых сенсомоторных цепочек родившегося ребенка — это паттерн «глаз — рука». С точки зрения сенсорных систем это системы «зрение — проприоцепция — зрение». По мере формирования этого паттерна ребенок получает первую возможность контролировать движения рук. До формирования этого паттерна — движения рук и взгляд хаотичны, нет контроля и фиксации взгляда на предмете. Далее эта цепочка включается во все более сложные произвольные движения рук, которые совершенствуются до полного развития основных захватов, т. е. до 6–8 лет.

1 этап формирования произвольных движений руки здорового новорожденного. После рождения еще не существует контроля произвольных движений. Имеются хаотичные движения, нет контролируемых захватов, повышен мышечный тонус. Хватания рукой бессознательные (рефлекс хватания). Отсутствует зрительный контроль движений руки, нет проприоцептивного

(мышечного) восприятия сегментов руки. Рука ощущается как монопод, как некое щупальце. Случайные движения иногда приводят к опоре на руку при повороте на бок, положительный результат оставляет следы в памяти, постепенно определенные движения складываются в первые целенаправленные.

Биомеханически обусловлено то, что при повороте корпуса повышено давление на локоть, что стимулирует распознавание проприоцепторов движения и давления локтевого сустава. После серии совпадений с выгодным положением ЦНС начинает «воспринимать» конечность в двух сегментах (выше локтя и ниже локтя).

2 этап. Рука распознается уже не как единое целое, а в двух сегментах, что дает возможность управляемого сгибания руки. Это улучшает результативность поворотов на бок и одновременно несколько снижает защитный тонус, раскрепощая руку. На этом этапе ребенок чаще совершает результативные движения к игрушке, рефлексорный захват начинает угасать, уступая место первым попыткам управляемого крюкообразного захвата. Все чаще взгляд на предмет и движения рукой совпадают. Каждое совпадение приводит к целевому завершению движения, формируются устойчивые следы в памяти — образы движений.

3 этап, на котором ребенок переворачивается на живот и постепенно тренирует опорную функцию кисти. На фоне этих ощущений ГМ начинает дифференцировать сигналы сначала трех сегментов руки, затем суставов и мышц руки (начиная от крупных к мелким и от проксимальных к дистальным). Каждый внешний стимул рождает двигательный ответ, каждое движение дает стимул. Каждое (вначале случайное) движение, достигшее цели (схватить игрушку, повернуться, подтянуться и т. п.) komponует «библиотеку двигательных образов», которые впоследствии складываются в высшие формы регуляции движений.

Применительно к руке, подавляющая часть этих образов сложится к 6–7 годам, образовав все основные формы ладонных, пальцевых и динамических захватов. Далее захваты будут совершенствоваться и усложняться до возраста старения. По мере

старения будет снижаться качество зрительного контроля, проприоцептивный контроль, поверхностная чувствительность. Будут упрощаться и ухудшаться захваты и сложные активности руки. Однако чем больше у человека активностей, при выполнении которых используются разные захваты, тем дольше активности руки будут сохранять свою эффективность.

Таким образом, с рождения и ежедневно человек развивает и поддерживает активности и функции руки. Это тренировка дотягивания до цели, тренировка захватывания предметов разных форм, тренировка силы для захватывания и перемещения объектов с разным весом, тренировка поверхностной и мышечной (проприоцептивной) чувствительности для определения веса, формы и других характеристик объекта и выбора лучшей (экономичной) стратегии захватывания и перемещения. Также будут тренироваться — зрительный контроль цели, концентрация внимания, мотивация к достижению практической цели. Все активности рук обеспечиваются произвольными движениями (праксисом). В обеспечении произвольных движений (праксиса) задействованы анализаторы проприоцептивной системы, анализаторы поверхностной чувствительности, анализ, синтез, память и т. п., мышечная сила и выносливость, анатомические структуры руки, функция проводимости. Таким образом, восстанавливая активности руки, необходимо увидеть нарушения функций и структур.

ЗАХВАТЫ

Манипуляции руками состоят из набора и чередования захватов. Основные виды захватов рукой по использованию сегментов руки бывают пальцевые, ладонные, центрированные. По методу захвата — статичными и динамичными (подвижными, захватами действия). При статичных захватах кисть удерживает предмет, но пальцы и запястье не участвуют в движении и манипуляциях, движения совершаются за счет работы предплечья, плеча и лопатки. При динамических захватах пальцы, ладонь и запястье не только удерживают предмет, но и меняют его

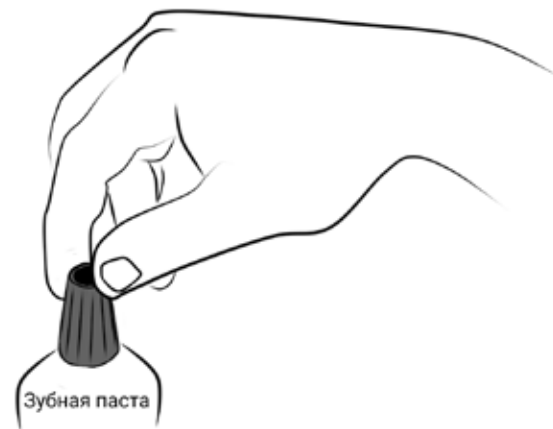
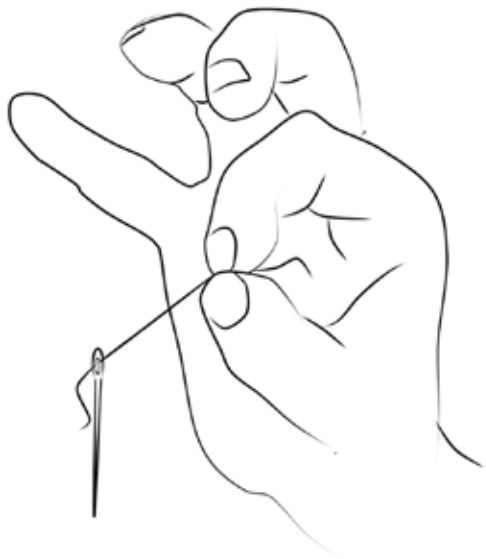
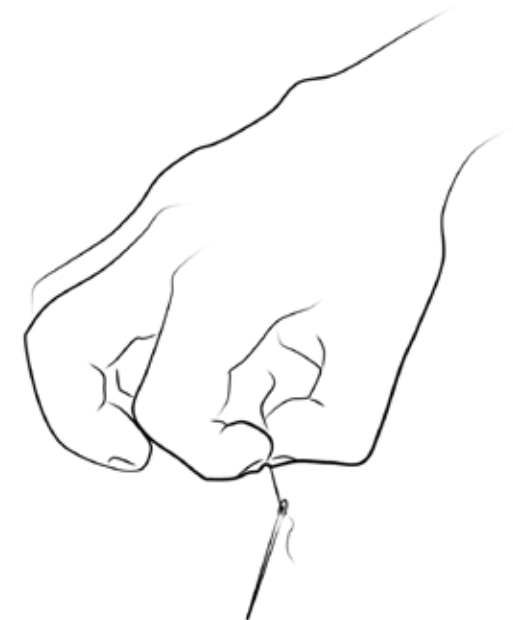
положение в пространстве, совершая движения. Захват крупных объектов осуществляется ладонными захватами — цилиндрическим и (или) крюкообразным. Захват мелких объектов осуществляется преимущественно крупным пинцетным (крупный кубический предмет), тонким пинцетным (иглолка, крючок и т.д.), латеральным (пуговица, монета, лист бумаги), статичным трехпальцевым (кубик, шарик), динамичным трехпальцевым (для письма карандашом или ручкой), диагональным (при использовании ножа).

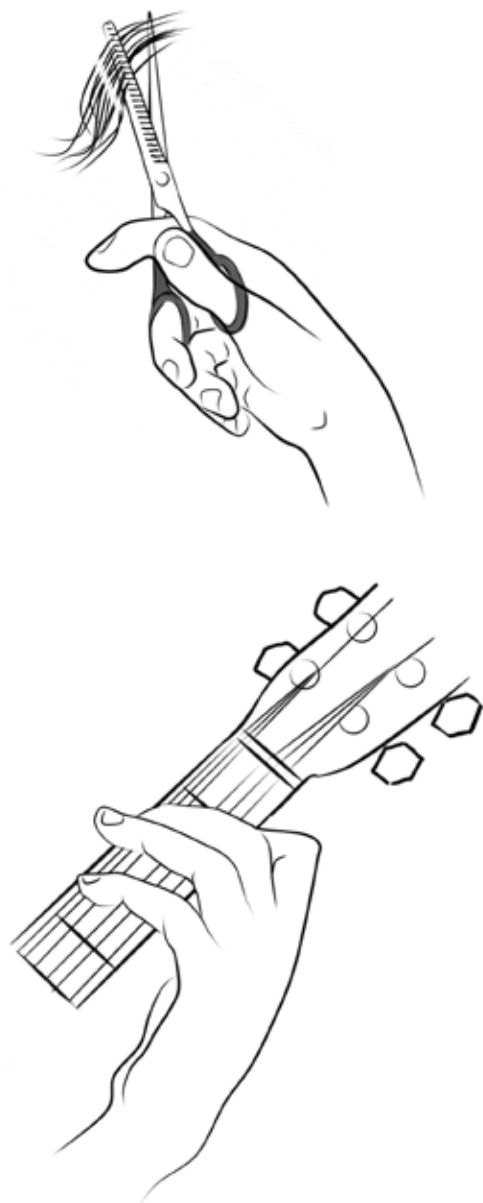
Из приведенного списка захватов ясно, что они могут быть двухпальцевыми (участвует большой и другой палец) и многопальцевыми (участвует большой и другие пальцы). Интересным исключением из правил является достаточно слабый межпальцевый латеро-латеральный захват. Обычно, он играет незначительную роль (удержание сигареты или любого другого небольшого предмета). Как правило, он осуществляется между указательным и средним пальцами, без участия большого. Диаметр взятого предмета должен быть небольшим. У здорового человека этот захват слабый и неточный, но если у пациента не работает или ампутирован большой палец, захват тренируется и позволяет решать многие задачи манипулирования мелкими предметами.

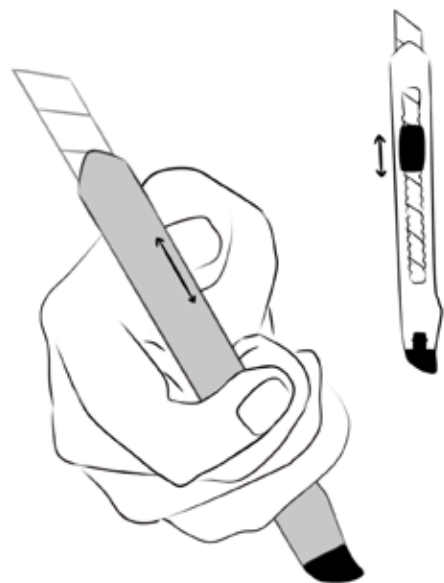
Трехпальцевые захваты обеспечивают большой, указательный и средний пальцы. Это рано появляющийся и очень распространенный захват. Европейская часть человечества использует такие захваты при манипуляциях с мелкими предметами (сортировка, перекладывание), часть человечества, не использующая вилки, применяет такие захваты для того, чтобы класть пищу в рот. Также динамические трехпальцевые захваты люди используют для откручивания небольших крышек, вытаскивания пробок и т. п.

Четырехпальцевые захваты используются, когда предмет более крупный и его следует крепко ухватить или ухватить и провернуть, тогда захват становится динамическим. Примеры таких захватов — откручивание крана с водой, крупных крышек и т. п.











Для пятипальцевых захватов используются все пальцы; при этом большой палец противопоставляется остальным по-разному. Такие захваты обычно используются для хватания крупных предметов или манипуляций с ними. Пятипальцевые захваты мы применяем, когда стираем, моем посуду, удерживаем кружку за верхнюю часть, хватаем мяч или яблоко, перекладываем крупные или скользкие предметы и т. п.

Отдельно надо упомянуть «панорамный» пятипальцевый захват, который позволяет брать довольно крупные плоские предметы, например блюдца. Он требует разведения пальцев под большими углами.

При проведении диагностики важно увидеть, используется ли при пальцевых захватах ладонь, так как в норме для пальцевых захватов это не характерно. Кроме того, использование ладони должно навести на мысль, не является ли на самом деле наблюдаемый захват ладонным.



При ладонных захватах также используются пальцы. Но это использование достаточно примитивное, не требующее дифференцированной чувствительности каждого пальца и даже отдельного контроля движений пальцев. Ладонные захваты появляются раньше пальцевых в филогенезе и в онтогенезе. Самым первым, появляющимся у младенца крюкообразным захватом владеют все пальцевые животные. Даже собака, подгребая к себе предмет лапой, показывает вариант крюкообразного захвата. Понятно, что для управления таким захватом требуется небольшой ресурс ЦНС и функций передней конечности.

При крюкообразном захвате у человека ладонь противопоставляется четырем последним пальцам. Для взрослого здорового человека — это вспомогательный захват, но он часто используется при управлении рычагом или рулем автомобиля. Предмет небольшого диаметра удерживается между согнутыми пальцами и ладонью, большой палец в этом не участвует. Этот захват прочен лишь в дистальном направлении, ближе к запястью предмет может легко выпасть, так как захват не блокирован в суставах. При поражении большого пальца крюкообразный захват может также использоваться для более крупных предметов, например кружки, но чем больше диаметр предмета, тем менее крепким будет захват. Удерживать таким образом тяжелый предмет еще сложнее, риск падения предмета из руки возрастает.

Цилиндрический захват для взрослого человека является силовым захватом для тяжелых и относительно крупных предметов. Ладонь и большой палец обхватывают цилиндрические части предметов. Объем схваченного предмета обуславливает силу захвата: он оптимален, если позволяет большому пальцу прикасаться (или почти прикасаться) к указательному. Дело в том, что большой палец образует единственный упор, противостоящий нажиму четырех других пальцев, а его эффективность пропорциональна степени его сгибания. Форма хватаемого предмета также имеет значение, поэтому для пациента, которому не хватает силы

удерживать цилиндрический захват, изготавливают накладку с небольшими выемками под пальцы.

Также человек использует так называемые «захваты при помощи силы тяжести». В этих захватах рука служит подставкой, как, например, при поддержке снизу подноса. Для этого требуется способность руки стать плоской с обращенной вверх горизонтальной ладонью, т. е. нужна полная супинация и отсутствие скрюченных пальцев. В другом варианте рука должна иметь способность образовывать не менее трех точек поддержки предмета, который она несет. Благодаря силе тяжести рука может также вести себя как ковшик, в который насыпаны зерно или песок или налита жидкость. В этом случае ладонная впадина продолжается впадинами пальцев, плотно сомкнутых друг с другом, чтобы избежать просыпания (выливания). Большой палец, играющий важную роль в этом действии, закрывает ладонную борозду снаружи: будучи полусогнутым, он прижимается ко второй пястной кости и первой фаланге указательного пальца. Более глубокий ковшик может быть образован соединением двух рук в форме полуковшей, прилегающих друг к другу внутренним краем, так называемый жест приношения. Для всех этих способов захвата путем поддержки необходимо полное движение в запястье, без него ладонь, единственная часть руки, которая может образовывать вогнутую поверхность, не может быть направлена кверху, так как замена супинации кисти движениями плеча никак невозможна.

Центрированные захваты создают симметрию вокруг продольной оси, которая обычно совпадает с осью предплечья. Этот захват люди используют для придания дополнительной силы (например, поворачивание ручки двери) или там, где требуется ослабить нагрузку на мышцы пальцев и ладони для более точных движений (использование ножа, вилки, отвертки, палочки дирижера и т. п.). Это выгодно и с точки зрения биомеханики, так как нагрузка на сегменты руки распределяется равномерней, и ось предмета совпадает с осью проносупинации при завинчивании или отвинчивании. В любом случае предмет

продолговатой формы крепко удерживается в руке ладонным захватом, в котором участвуют большой палец и три последних пальца, а указательный палец играет главную роль в придании инструменту нужной ориентации.

ОПИСАНИЕ АКТИВНОСТЕЙ РУКИ ПРИ ПОМОЩИ МКФ

Для заполнения формы реабилитационного диагноза, а также для структурирования обследования движений руки используют МКФ. Домены МКФ, в отличие от «классической» оценки захватов, описывают функциональные движения во взаимодействии с бытовыми предметами и позволяют оценить ограничения с точки зрения практичности для пациента, которому не столь важно качество трехпальцевого захвата, как возможность писать карандашом.

Раздел 4 (мобильность) содержит следующие домены разных уровней детализации, имеющие отношение к активностям руки.

- d440 Использование точных движений кисти. (Описание ВОЗ: выполнение координированных действий кистями рук с объектами, способность хватать, манипулировать и отпускать их с помощью кисти руки, пальцев и большого пальца руки, например, чтобы взять монеты со стола, набрать номер телефона или нажать на ручку) .
- d4400 Подбирание (подъем или взятие объекта малого размера кистью и пальцами, например, как при взятии карандаша со стола).
- d4401 Захват (использование одной или обеих кистей рук, чтобы схватить и удержать что-либо, например, как при захвате инструмента или дверной ручки).
- d4402 Манипулирование (использование пальцев и кистей рук для осуществления необходимых действий с чем-либо, например, как при обращении с монетами или другими объектами малого размера).

- d4403 Отпускание (использование пальцев и кистей рук, чтобы оставить, освободить что-либо так, чтобы это упало или изменило положение, например, как при выпускании предмета одежды).
- d445 Использование кисти и руки (выполнение координированных действий при перемещении и манипулировании объектами с использованием кистей и рук, например, как при поворачивании дверных ручек, подбрасывании или ловле предметов).
- d4450 Притягивание (использование пальцев, кистей и рук, чтобы переместить объект к себе или переместить его с места на место, например, как при закрытии двери).
- d4451 Отталкивание (использование пальцев, кистей и рук, чтобы переместить что-либо от себя или переместить его с места на место, например, как при отталкивании от себя животных).
- d4452 Вытягивание (использование кистей и рук, чтобы достать, коснуться и схватить что-либо, например, чтобы дотянуться через стол или парту до книги). В нашей терминологической традиции это движение называется «дотягивание».
- d4453 Вращение или сгибание кистями или руками (использование пальцев, кистей и рук, чтобы вращать, поворачивать или гнуть объект, например, так, как требуется при пользовании инструментом или посудой).
- d4454 Бросание (использование пальцев, кистей и рук, чтобы, взяв что-либо, отбросить это с некоторой силой, например, как при броске мяча).
- d4455 Хватание (использование пальцев, кистей и рук, чтобы схватить движущийся объект с целью остановки и удержания, например, как при ловле мяча).
- d4300 Поднятие (подъем объекта, с целью его перемещения с более низкого на более высокий уровень, например, как при поднятии стакана со стола).

- d4301 Перенос кистями рук (взятие или перемещение объекта с одного места на другое с использованием кистей рук, например, как при переносе стакана воды или чемодана).
- d4302 Перенос руками (взятие или перемещение объекта с одного места на другое с использованием всей руки, например, как при переносе ребенка).
- d4303 Перенос на плечах, бедрах и спине (взятие или перемещение объекта с одного места на другое с использованием плеч, бедер, спины или при их комбинации, например, как при переносе большого мешка).

РАЗВИТИЕ И ДЕГРАДАЦИЯ ЗАХВАТОВ С ВОЗРАСТОМ

Как уже было написано выше, возможности руки изменяются с возрастом. Для того чтобы на какой стадии развития или деградации функций и активностей руки находится пациент, или для того, чтобы оценить, какое звено выпало, эрготерапевт должен понимать последовательность развития функций и активностей руки. На практике это позволяет не мучить пациента тренировками двухпальцевых захватов, когда ему недоступен цилиндрический, а адаптировать деятельность по возможностям пациента.

Далее идет описание последовательности формирования захвата у растущего ребенка (по Peds labs Windsor). При рождении ребенку недоступны произвольные движения. Имеется хватательный рефлекс (сжатие кулака при прикосновении к ладони), хаотичные шевеления руками. Руки приведены, кулаки умеренно сжаты из-за врожденного повышения тонуса мышц. В течение 2-2,5 месяцев ребенок начинает фиксировать взгляд на предметах, реагировать на лица людей и тянуть к ним руки.

3 месяца. Появляется крюкообразный захват, при этом большой палец прижат к ладони. Движения рук становятся более свободными и целесообразными. Ребенок смотрит на свои руки, стремится удержать предмет в поле зрения. Использует предплечья для опоры, иногда опирается на локти, при положении на животе.

Использует плечи и предплечья при повороте со спины на бок.

4 месяца. Лежа на животе, ребенок опирается на руки, выпрямляет их. Хватает и удерживает игрушки. Имеется крюкообразный захват с более свободным большим пальцем, который, однако, не фиксирует предмет. Предметы хватаются по большей части двумя руками, с подтягиванием предмета к себе.

5 месяцев. Ребенок уже умеет переворачиваться со спины на живот и обратно, опирается на ладони. Способен удерживать одновременно по предмету в каждой руке, но не может ими манипулировать. Хватательные движения, направленные на предмет, совершает с частыми промахами, они петлеобразны. Постепенно увеличивается число движений, когда кисть руки раскрывается до захвата предмета. Движения рук неточные. Появляется цилиндрический захват.

6 месяцев. У ребенка возникает зрительный контроль за движениями рук, что сильно повышает точность хватательных движений. Снижается мышечный тонус, что дает больше возможности медленным и прицельным движениям. Пальцы могут быть расслаблены и разведены в стороны.

7 месяцев. У ребенка нарабатываются ладонные захваты — цилиндрический и крюкообразный, которые используются для захватывания и удержания предметов различных форм, текстуры и веса. При этом ребенок может удерживать в разных руках разные формы и разный вес, хотя и недолго.

8 месяцев. У ребенка появляются координированные, а не рефлекторные движения двух рук (начинает хлопать в ладоши). Появляются первые попытки сложить кубики, пирамидку, передвигается ползком и на четвереньках, с переставлением конечностей, садится и сидит, используя руки для опоры, могут быть попытки вставить с захватом опоры. Появляются захваты прижиманием большого пальца к сжатому и ослабленному кулаку.

9 месяцев. У ребенка появляется радиальный пальцевый захват, возможность перехватывать пальцами. Он может ходить вдоль опоры или стоять около нее, собирать игрушки, складывать предметы, стучать для извлечения звука. Появляется

захват большим пальцем и почти прямыми пальцами руки, сбалансированными вместе.

10 месяцев. У ребенка улучшается координация движений рук, он активно играет с игрушками, появляется крупный трехпальцевый захват как статический, так и динамический. Достаточно хороший контроль положения запястья позволяет откручивать крупные крышки.

11–12 месяцев — время появления тонких трехпальцевых захватов и двухпальцевых захватов. Кроме того, ребенок хорошо координирует движения рук, заметна стадия предварительной подготовки пальцев рук в форме объекта (преднастройка). Движения становятся более точными, с «прямым приближением» к предмету, появляются хватательные движения вслепую за счет предварительного нацеливания. Появляется стереогнозис.

К полутора годам у ребенка имеются все виды захватов, кроме централизованных и динамического трехпальцевого (для письма).

В 2–3 года — появляются централизованные захваты. Это связано с выросшей мышечной силой, которая позволяет совершать манипуляции с предметами в вытянутой руке.

3,5–4 года — начало формирования трехпальцевого динамического захвата, пригодного для письма и рисования. До этого момента ребенок рисует, удерживая карандаш или фломастер цилиндрическим захватом, поэтому дети предпочитают рисовать более крупными предметами (углем, палкой или толстым фломастером)

4,5–6 лет — сформированы все захваты, но нет полной координации, силы и выносливости для выполнения повседневных видов деятельности.

К 6–7 годам у человека имеются все виды захватов статических и динамических, с полной координацией, а сила и выносливость полная по возрасту.

К 16–18 годам человеку доступен полный эффективный контроль силы при осуществлении любых привычных действий руками, быстрое освоение новых мануальных активностей, полный стереогнозис.

К 65–70 годам происходит снижение нюансировки стереогнозиса, приводящее к снижению качества движений, недостаток чувствительности пациенты пытаются замещать более сильной хваткой, что ухудшает качество и приводит к быстрому утомлению мышц, а иногда и болям в суставах.

К 70–75 годам наблюдается снижение мышечной силы, зрительного контроля, начало распада сенсомоторного образа по обратному принципу. Исключение составляют пациенты, имеющие хобби или работу, связанную с разнообразными манипуляциями руками, при отсутствии у них патологических паттернов движений.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КОМПЕНСИРУЮЩИЕ ЗАХВАТЫ

Патологические и компенсирующие паттерны движений могут выработаться в силу неправильной привычки, привычной неправильной позы при работе руками, повреждения или заболевания структур рук (кожи, мышц, связок, суставов), повышения или снижения тонуса, связанного с заболеванием и поражением ЦНС, нарушений глубокой и (или) поверхностной чувствительности, вследствие биомеханически неправильной позы или положения, связанного с заболеванием других структур (таз, шея и пр.).

В свою очередь, патологические и компенсирующие паттерны захвата приводят к таким вторичным осложнениям, как:

- Боль, усиление спастичности;
- Контрактуры, повреждения суставов;
- Патологическое положение сегментов тела.

Например, даже у пациентов с изолированной спастичностью мышцы большого пальца можно увидеть слегка приведенную руку и подъем плеча, также этот пациент будет страдать головной болью напряжения. Пациент с патологическими захватами из-за артрита суставов кисти будет жаловаться на боли в плече и (или) шее, так как мышцы этих сегментов берут на себя

силовое усилие. Со временем из-за неправильного распределения мышечного напряжения при работе, пострадает плечевой сустав, другие суставы и связки. Поэтому необходимо выявить патологические паттерны и скорректировать их.

ОПОРНАЯ ФУНКЦИЯ РУКИ

Проводя обследование функций и активностей руки необходимо не забыть про опорную функцию руки. Может показаться, что опорная функция руки, в отличие от аналогичной функции ног, неважна и второстепенна, но это не так. Дети используют опорную функцию руки, когда ходят на четвереньках, садятся на полу, учатся сидеть на стуле, учатся ловить равновесие. Взрослые используют руку для опоры, когда необходимо встать из неустойчивого положения, из позы сидя на низких поверхностях, при снижении силы в нижних конечностях, при потере равновесия и т. п. Кроме того, опорная функция связана с качеством движения руки, через взаимосвязь с проприоцепцией.

Качество опорной функции зависит от трех составляющих — механической возможности удерживать вес тела на выпрямленной руке, проприоцептивного сигнала от суставов, связок и мышц о принятии правильного положения и возможности суставов, мышц и связок придать правильное положение сегментам руки. Механическая возможность зависит от целостности структуры костей, суставов и связок. Переломы и разрывы препятствуют удержанию веса тела при опоре.

Принятие правильного положения и проприоцептивная сигнализация функционально неразделимы и взаимосвязаны. Проприоцепторы непрерывно сигнализируют ЦНС о положении каждого сустава, связки и нейромышечного пучка руки относительно других таких же элементов руки и всего тела, ЦНС в ответ корректирует положение сегментов для наиболее эффективной нагрузки, в соответствии с целью движения. Например, для опоры на руку, после замыкания локтевых суставов и разгибания запястья, все мышцы руки придут в максимальный тонус, для того чтобы быть готовыми к удержанию веса тела. Таким образом, наличие или отсутствие

опорной функции является важным диагностическим критерием при оценке функций и активностей руки. Если опора на руку невозможна, то невозможна и эффективная работа рукой. Если у пациента нет контроля опоры — нет и управляемого движения в руке. Работа отдельных мышц или наличие рефлекторных движений не равно работе руки, не равно возможности использовать руку для выполнения повседневных задач.

ДИАГНОСТИКА РУКИ

Для того, чтобы провести вмешательство для пациента с поражением руки, недостаточно только собрать сведения об ограничениях деятельности. Необходимо детально оценить все функции и активности руки.

Оценка функций и активностей руки происходит следующим образом. Оценивается:

- *Наличие боли и повреждений суставов, связок, мышц, кожи;*
- *Наличие спастичности;*
- *Объем движений (активный и пассивный);*
- *Мышечный тонус;*
- *Координация;*
- *Мышечная сила;*
- *Какая рука доминантная, возможности доминантной и не доминантной руки;*
- *Чувствительность (температурная, вибрационная, тактильная, глубокая, стереогнозис);*
- *Наличие когнитивных нарушений, в т.ч. нарушений праксиса, наличие неглекта;*
- *Необходимость использовать ортез;*
- *Наличие навыка;*
- *Наличие и качество привычки;*
- *Соответствие среды.*

Наличие боли определяется опросом и наблюдением. Следует установить, какие движения и положения вызывают боль, что поможет справиться с болью. Это могут быть обезболивающие

препараты (назначает врач!), теплые ванночки или согревающие компрессы, согревающий массаж, ортезирование или легкое упражнение на растяжение мышц.

Также до обследования движений нужно убедиться в том, что у пациента нет нестабильности суставов, надрывов и разрывов связок и мышц, контрактур и других структурных нарушений. Особого внимания требуют к себе пациенты с повышенным и сниженным тонусом мышц, онкологические пациенты и пациенты с хронической болью, так как повреждения у таких пациентов могут быть неочевидны и не вызывать у пациентов жалоб.

Если структурные нарушения имеются или есть риск повредить пациенту в процессе диагностики и вмешательства, необходимо принять решение о дальнейших действиях, исходя из пользы для пациента. Возможно, эрготерапевту потребуются консультация врача для продолжения работы, возможно, эрготерапевт сможет подобрать ортезы для защиты от повреждения, возможно, вмешательство будет проведено, но не будет затрагивать поврежденный сегмент руки. Это определяется для каждого такого пациента индивидуально.

Спастичность — это двигательное расстройство, характеризующееся зависимым от скорости увеличением тонических рефлексов растяжения (мышечного тонуса) с повышенными глубокими рефлексамии вследствие гипервозбудимости рефлекса растяжения как компонента синдрома поражения центрального мотонейрона. На практике это выглядит, как усиление тонуса и сокращения мышц в ответ на резкое растяжение мышц или серию ритмических растяжений (например, при разгибании руки в локте). Следствием длительного состояния спастичности становится наличие контрактур, болей и атрофии мышц.

При спастичности руки можно увидеть следующие патологические паттерны, как правило, усиливающиеся при движении:

- Приведение и внутренняя ротация плеча;
- Сгибание в локтевом суставе;

- Пронированное предплечье;
- Согнутая кисть;
- Согнутые пальцы;
- Деформация кисти «большой палец в ладони»;
- Клещевидная кисть;
- Внутренняя червеобразная кисть.

Когнитивные нарушения, связанные с движением.

Когнитивные функции влияют на:

- Способность изменить позу;
- Способность ходить;
- Способность говорить;
- Способность воспринимать речь;
- Способность распознавать предметы;
- Способность планировать;
- Способность анализировать и контролировать свои эмоции;
- Способность к глобальному контролю.

Таким образом, когнитивные нарушения будут существенно влиять и на возможности использования руки. Внимание — это способность концентрировать психические процессы на каком-то конкретном объекте и процессе. Внимание обеспечивает положительную задержку активности на том или ином предмете и процессе и делает возможным инициацию движения, контроль захватов и манипулирования с предметами.

Функция восприятия работает на основе информации, которую человек получает из органов чувств в виде единых образов. Известны четыре операции или четыре уровня восприятия: обнаружение, различение, идентификация и опознание. Первые два относятся к перцептивным, последние — к опознавательным действиям. Восприятие необходимо для подготовки двигательной системы руки к захвату и коррекции двигательной активности в процессе движения и манипулирования.

Функциональное восприятие необходимо не только для процессов обучения, но и для обеспечения двигательных функций,

т.к. человек организует движение в среде объектов, которые необходимо распознать. Пожилые пациенты, пациенты с поражением ЦНС, умственно отсталые дети часто имеют проблемы организации своей двигательной активности в насыщенной предметами и людьми среде из-за нарушения функций восприятия. При этом новые предметы, требующие распознавания, или большое количество предметов могут полностью блокировать попытки перемещаться и использовать руки.

Гнозис — это умение узнавать, визуально идентифицировать образы и сопоставить их по категориям. Наша ориентировка в окружающем мире связана с узнаванием формы, величины, пространственной соотнесенности предметов и, наконец, с пониманием их значения, которое заключено в названии предмета. Этот запас сведений об окружающем мире складывается из анализа и синтеза потоков сенсорных импульсов и откладывается в системах памяти. Рецепторный аппарат и передача сенсорных импульсов при поражениях высших гностических механизмов сохраняются, но интерпретация этих импульсов, сличение получаемых данных с образами, хранящимися в памяти, нарушаются. В результате возникает расстройство гнозиса — агнозия, суть которой в том, что при сохранности восприятия предметов теряется ощущение их «знакомости», и окружающий мир, ранее такой знакомый в деталях, становится чуждым, непонятным, лишенным значения. Пациент с агнозией теряет способность к результативной мобильности, ограничены будут и движения рук.

Нарушения памяти не повлияют на двигательные функции, однако существенно повлияют на активности. Если пациент не помнит (или не запоминает) предметы и контекст использования предметов или не помнит (не запоминает) цель и сценарий активности, это придется учитывать при планировании вмешательства.

Праксис — это сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на организацию целостного двигательного акта. Наличие праксиса дает способность выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану. При осуществлении сложных

двигательных актов работа скелетной мускулатуры должна происходить в правильной последовательности при одновременно согласованных сокращениях многих мышечных групп, чему человек обучается осознанно и неосознанно.

Апраксии — двигательные нарушения, при которых нет пареза, нарушений тонуса или координации и даже возможны простые произвольные движения, но более сложные, бытовые двигательные акты нарушаются. Пациент не в состоянии выполнять простые действия, такие как рукопожатие, застегивание пуговиц, причесывание, размешивание сахара в чашке чая и т. п. При апраксии страдает план действия, т. е. составление непрерывной цепочки двигательных автоматизмов. Вследствие нарушения плана действия при попытках выполнить задание больной совершает много ненужных движений. В отдельных случаях наблюдается парапраксия, когда выполняется действие, лишь отдаленно напоминающее данное задание. Иногда наблюдаются также персеверации, т. е. застревание на каких-либо действиях. Например, больного просят произвести манящее движение рукой. После выполнения этого задания предлагают погрозить пальцем, но больной по-прежнему выполняет первое действие. В некоторых случаях при апраксии обычные, бытовые действия сохраняются, но утрачиваются профессиональные или сложные двигательные навыки. Апраксии у детей принято называть диспраксиями, так как здесь идет речь о несформированном, а не о нарушенном праксисе.

Неглект (неврологический) — это синдром одностороннего пространственного игнорирования, развивающийся при поражениях и заболеваниях головного мозга. При неглекте наблюдаются зрительно-пространственные нарушения в виде утраты способности пациента отвечать на стимуляцию или воспринимать информацию на стороне, противоположной пораженному полушарию. Пациент не может обнаружить стимул, ответить на него или сфокусировать на нем внимание.

При наблюдении за пациентом, страдающим неглектом, создается впечатление, что он ведет себя так, словно для него не

существует одна сторона пространства и (или) одна сторона тела. Неглект может быть зрительный, сенсорный, двигательный и смешанный. Наличие неглекта затрудняет реабилитацию, пациент, который, казалось бы, не имеет серьезных двигательных нарушений, не может использовать руку, поддерживать позу и ходить. Нередко следствием неглекта является синдром «отталкивания» или синдром «притягивания», который встречается у 10–15% пациентов с инсультом. Синдром заключается в нарушении доминирующей позы пациента в положении «сидя» (больной, отталкиваясь (или цепляясь) рукой, активно отклоняется в пораженную сторону).

Для проверки на наличие неглекта проводятся следующие пробы:

- «А» — даем пациенту тетрадный лист, разлинованный «в линейку», и просим каждую линию поделить пополам: при неглекте пациент-правша поставит метки не на середине линий, а на расстоянии трех четвертей от ее левого края (т. е. делит пополам лишь правую половину линий, игнорируя их левую половину).
- «Б» — просим пациента прочитать абзац из книги: при наличии неглекта пациент может прочесть лишь текст, расположенный на правой половине страницы. Вариант для ребенка — разрисовать раскраску, при неглекте половина листа будет проигнорирована. Нарушение выполнения этих тестов указывает на игнорирование при отсутствии у пациента гемианопсии.
- «В» — тест для выявления сенсорного гемиигнорирования — попросите пациента закрыть глаза, затем коснитесь пациента по очереди справа и слева и спросите у него, какой из его сторон вы коснулись; если пациент ответил правильно, далее коснитесь пациента одновременно с обеих сторон; пациент без неглекта зафиксирует ощущения с обеих сторон, пациент с неглектом проигнорирует одну либо сторону.

Оценка движений. Пациента просят проделать необходимые движения (над головой, за голову, за поясницу, руки крест на крест (от плеча к плечу), ко рту, в сторону, к ногам, потянуться вперед (в среднем положении, с пронацией и супинацией).

Необходимо выявить имеется ли:

- спастический паттерн;
- компенсаторные движения;
- тремор;
- нарушения праксиса (апраксия, диспраксия);
- нарушения гнозиса;
- положение запястья;
- нестабильность плеча.

Для оценки движений пациента эрготерапевты используют не столько движения по команде, но в большей степени — функциональные движения. Хотя с некоторыми пациентами возникает необходимость сравнить разницу между движениями бесцельными и целенаправленными. Пациенту предлагается выполнить двигательные задачи с различными предметами, и эти задачи похожи на обычные действия.

Примеры таких функциональных задач:

- вытереть губы;
- причесаться;
- вынуть предмет из ящика;
- потянуться за яблоком или чашкой;
- перевернуть страницу;
- открыть контейнер;
- нарисовать снеговика или восьмерку;
- стряхнуть нитку с плеча;
- надеть и снять обувь;
- открыть и закрыть дверцу шкафа или входную дверь.

Следующий этап — оценка координации движений.

Необходимо проверить:

- поочередное противопоставление пальцев (с открытыми глазами, билатерально и то же самое, с закрытыми глазами);
- унилатеральные и билатеральные действия;
- асимметричные (использование зубной пасты и щетки, ножа и вилки);
- симметричные (взять большой мяч, большую книгу, взять два предмета в две руки);
- манипуляции с крупными предметами (поворот ключа, перекладывание телефона, для детей крупный «лего», паззлы);
- манипуляции с мелкими предметами (шнуровка ботинок, использование застёжки-«молнии», открывание контейнеров).

Оценивается работа кисти. Проверяется:

- сгибание и разгибание пальцев;
- движения большого пальца;
- девиация запястья;
- сгибание и разгибание запястья;
- положение большого пальца/остальных пальцев.

Оценивается возможность и качество захватов.

Захваты крупных объектов (ладонные):

- Цилиндрический (палка, щетка для причёсывания);
- Крюкообразный;
- Захваты с нижней поддержкой предмета (поднос или большая тарелка).

Здесь важно правильно оценить не только возможность захвата и удержания предмета, но и форму кисти при захвате (правильная или патологическая), а также положение запястья и силу сжатия предмета. Отклонение запястья указывает на снижение силы или спастичность, избыточное напряжение при удержании захвата говорит о снижении силы и (или) недостаточной чувствительности (поверхностной или проприоцептивной).

После того как эрготерапевт убедился, что пациент может захватить и удерживать крупные предметы, можно перейти к оценке захвата мелких объектов. Нужно учесть, что если пациенту недоступны ладонные захваты из-за невозможности управлять большим пальцем, то пальцевые захваты для него невозможны, и проверять их смысла нет. Если же ладонные захваты возможны, то даже при не ловкости, замедленности или наличии патологических паттернов необходимо продолжить тестирование возможностей руки.

Для этого проверяют мелкие захваты:

- крупный пинцетный (кубик, баночка для специй или косметики и т.д.);
- тонкий пинцетный (булавка, крючок и т.д.);
- латеральный (монета, лист бумаги);
- статичный трехпальцевый (кубик, шарик);
- динамичный трехпальцевый (для письма);
- диагональный (при использовании ножа или вилки).

Здесь важно отметить:

- положение запястья;
- мышечную силу;
- возможность сохранять захват.

При оценке динамических захватов оценивают:

- возможность выпускать из руки крупные предметы;
- возможность выпускать из руки мелкие предметы;
- возможность опускать предмет на поверхность;
- возможность опускать в контейнер крупные предметы;
- возможность опускать в контейнер мелкие предметы.

Важно отметить:

- каково положение запястья при том или ином захвате и переходе от захвата к захвату;
- время выполнения захвата;
- возможно ли полное выпрямление пальцев;

- *каково положение и движения большого пальца;*
- *особенности выполнения захвата, в т.ч. патологические паттерны;*
- *неспособность к выполнению захвата;*
- *измененный мышечный тонус;*
- *автоматическая потеря (выпадение) предмета.*

После проведения оценки эрготерапевт должен получить ответ на вопрос — почему пациент не использует руку или кисть.

Связано ли это с тем, что у пациента имеется:

- *спастичность;*
- *повышен мышечный тонус;*
- *снижен мышечный тонус;*
- *боль;*
- *контрактура;*
- *поврежден сустав, мышца, связка;*
- *нарушена поверхностная чувствительность;*
- *недостаток выносливости;*
- *неглект;*
- *гиперактивная здоровая рука;*
- *навык атрофировался;*
- *не для чего использовать (несоответствие среды возможностям, неадаптированная среда);*
- *стресс, тревога, депрессия;*
- *когнитивные нарушения;*
- *не научили использовать имеющиеся возможности.*

Ответ на эти вопросы поможет лучше спланировать и провести вмешательство, так как цель реабилитации будет более реальной. Однако, несмотря на детализированную оценку функций, нужно помнить, что эрготерапевт восстанавливает деятельность пациента и эта деятельность определяется вместе с пациентом по Канадской шкале оценки деятельности (COPM). Восстановление функций может быть одной из задач, но не может быть целью вмешательства эрготерапевта. Таким образом,

эрготерапевт проводит вмешательство с целью восстановить определенные активности, если основные проблемы пациента связаны с ограничением активностей руки, то вмешательство фокусируется на руке.

ВЫБОР СТРАТЕГИИ АДАПТАЦИИ ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ

В зависимости от выявленных в процессе диагностики нарушений функций, эрготерапевт может выбрать ту или иную стратегию. 1 стратегия: восстанавливая активность — восстанавливаем функцию. 2 стратегия: восстанавливаем активность, так как не восстановить функцию. В первом случае целью вмешательства будет полное восстановление деятельности по ее привычному, нормальному для пациента сценарию.

Во втором случае эрготерапевт будет использовать технические средства адаптации и обучать другим вариантам выполнения активности. В практической работе может встретиться вариант, когда какие-то функции могут восстановиться, а какие-то — нет. Например, у пациента Н, имеющего парез руки и неглект, можно восстановить функцию восприятия руки, но не удастся снизить тяжесть пареза. Несмотря на то, что одна функция будет восстановлена, общая стратегия направлена на адаптацию активности, так как при наличии стойкого пареза выбранная активность руки (например, чистка зубов) будет невозможна в привычной для пациента форме.

От чего будет зависеть выбор стратегии восстановления или адаптации? Во-первых, важно время, прошедшее после повреждения или заболевания. Принято считать, что чем больше времени прошло от повреждения функции, тем ниже прогноз восстановления и тем больше потребность в адаптации. Однако есть редкие исключения из правил. Поэтому нельзя выбирать стратегию, основываясь лишь на временном показателе.

Важно учесть состояние структур (мышцы, кости, связки, нервы, головной мозг). Отсутствие структуры, (например, ампутация руки) или устойчивое нарушение (например, разрыв спинного мозга или

нерва, анкилоз сустава) приводит к однозначному выбору стратегии адаптации. Временные нарушения или легкие нарушения, такие как легкие и умеренные контрактуры, отеки, умеренные рубцы и т. п. дают возможность выбрать стратегию восстановления.

Следующие важные показатели — это толерантность к физической нагрузке и астения. Низкая толерантность к нагрузке и (или) астения становятся препятствием для выполнения активностей в привычной форме или с привычной скоростью и нагрузкой. Чем ниже толерантность (или сильнее астения), тем трудней даются активности, при этом могут пострадать и, казалось бы, несложные виды деятельности (протереть лицо сидя), и их тоже придется адаптировать.

Наличие у пациента сенсорных нарушений также повлияет на выбор стратегии. Существенные сенсорные нарушения одной системы, например сильное снижение (или потеря) слуха, зрения, обоняния, вкуса, температурной, тактильной, проприоцептивной чувствительности или комплексный дефицит (зрение и слух, тактильная и проприоцептивная, неглект и т. п.), делает необходимым выбор стратегии адаптации деятельности. В привычном варианте она может быть опасной (например, ожоги, порезы, отравления, выпадение тяжелых предметов из рук) или невозможной.

Парез или паралич. Если у пациента имеется паралич, то стратегия будет исключительно адаптивной. При легком снижении силы мышц (парез 4 балла) возможно применение стратегии восстановления, при более тяжелых парезах стратегия будет адаптивной.

Наличие у пациента боли, стресса, тревоги приводит к выбору адаптивной стратегии до тех пор, пока эти проблемы не будут решены, после чего у пациента появится ресурс для восстановления деятельности по нормальному для него сценарию.

При наличии у пациента глубоких и умеренных когнитивных нарушений необходимо выбрать стратегию адаптации деятельности. В случае наличия легких когнитивных нарушений, возможно, стратегия первого этапа вмешательства будет адаптивной, а затем можно будет перейти к восстановительной стратегии.

Такие проблемы, как сниженная мотивация, подверженность гиперопеке, выученная беспомощность, будут препятствовать восстановительной стратегии до их устранения. Участие в легкой, положительной деятельности, заканчивающейся достижением цели, может являться терапией этих состояний наряду с помощью психолога или психотерапевта, либо в качестве основного вмешательства.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ АКТИВНОСТЕЙ РУКИ

Несмотря на то, что основной инструмент эрготерапевта — это деятельность, достаточно часто приходится проводить необходимые подготовительные манипуляции: тренировки, сенсорные стимуляции, массаж, сенсорное переобучение, ортезирование и т. п. Тренировки не являются гимнастикой, это, скорее, будут тренировки силы и выносливости в процессе деятельности. Также возможны тренировки отдельных элементов активности (захват, разведение пальцев, разгибание запястья и т. п.) и элементы упражнений, например растяжение мышц непосредственно перед использованием руки в активности.

В процессе деятельности и при подготовке к ней возможна и тренировка памяти, внимания, также пациенту может понадобиться тренировка целого навыка (например, несколько раз надеть и снять футболку или носки). Таким образом, любые тренировки встроены в востребованные навыки повседневной жизни. Это могут быть активности самообслуживания, хобби, творчество, обучение в школе, игры и т. п. Эрготерапевту может понадобиться восстанавливать чувствительность руки специфическими сенсорными тренингами. Эта технология будет описана чуть позже.

В зависимости от заболевания или повреждения пациенты могут иметь особенности, которые нужно принимать в расчет.

Специфика пациентов, проходящих реабилитацию после недавней травмы или недавнего хирургического вмешательства. У этих пациентов могут быть:

- *Отеки (в т. ч. в глубине поврежденной мышцы);*
- *Боль, в т. ч. резко возникающая при некоторых движениях;*

- Необходимость постоянно носить фиксирующие повязки, включая гипсовые и ортезы;
- Кинезиофобия;
- Раздражительность;
- Стресс из-за несоответствия ожиданий;
- Повреждения нервов;
- Текущие спаянные процессы;
- Текущие воспалительные процессы.

Особенности пациентов, характерные для застарелой травмы или хирургического вмешательства, а также пациентов с артритами:

- Выученные двигательные «стопоры» или «блоки»;
- Хронические боли, ноющие боли;
- Ожидание боли;
- Контрактуры;
- Отказ от активностей;
- Гиперактивная здоровая рука;
- Боли в шее, плечах;
- Головная боль напряжения.

Особенности пациентов, перенесших инсульт головного мозга, черепно-мозговую травму, удаление опухоли мозга или иное поражение (заболевание) головного мозга:

- Повреждения и (или) боль в плече;
- При пlegии руки необходима защита плеча от повреждения весом самой руки (в положении лежа, сидя и стоя);
- Спастичность руки (нарастание тонуса при резких и частых разгибаниях, захватах на удержание веса, длительных статичных захватах);
- Спастичность кисти (см. выше, также запрещены захваты мелких предметов);
- Атаксия;
- Неглект;
- Нарушение образа тела;

- Когнитивные нарушения;
- Депрессия;
- Тревога;
- Нарушения поверхностной чувствительности.

У эрготерапевта, работающего в российском стационаре, часто возникает вопрос: когда начинать работу с пациентом и где проводить вмешательство, если пациент находится в палате и не может дойти до кабинета эрготерапевта. Вмешательство необходимо проводить там, где у пациента возникла проблема с активностью руки. В палате реанимации и интенсивной терапии, если пациент в сознании и стабилен по жизненным показателям. В неврологическом, хирургическом и ином отделении.

Даже если пациент лежащий, вмешательство проводится прямо в кровати, ограничиваясь рамками толерантности к нагрузке. Если пациент может только сидеть — также проводится в кровати, с учетом толерантности к нагрузке, требований к позе, защите суставов и т. п. Пациент — в первую очередь человек, у людей есть потребность в деятельности, и большую часть деятельности люди осуществляют с использованием рук. Следовательно, восстановление активностей руки — задача, которую нельзя отложить «на потом».

Терапию деятельностью можно и нужно начинать еще в кровати для того, чтобы избежать атрофии навыка, выученной беспомощности, привычки к гиперопеке и синдрома игнорирования руки. При этом необходимо всегда помнить о защите плеча. Если у пациента имеется повреждение головного мозга, помнить о возможном неглекте. К сожалению, у многих пожилых пациентов и пациентов с пlegиями бывает повреждено плечо. К травме плеча приводит неправильное размещение и перемещение пациента родственниками и неквалифицированным ухаживающим персоналом.

Плечевой сустав не имеет истинных связок, он удерживается мышцами. К плечевой кости суставная капсула прикрепляется по окружности анатомической шейки, охватывая головку, но не бугорки, а к лопатке прикрепляется по костному краю суставной впадины. Поддерживает капсулу вплетающаяся в неё клювовидно-плечевая связка, которая берёт начало у основания

клювовидного отростка. Выше плечевого сустава образуется свод клювовидно-акромиальной связки лопатки.

Фактически, плечевой сустав удерживается только тонусом мышц, при этом мышцам нужно удержать весь вес руки, который может достигать 18 кг у крупных мужчин. Если мышцы утратили способность удерживать сустав вследствие снижения мышечной силы, пlegии, атрофии, применения лекарственных средств (включая общую анестезию), то весь вес руки приходится на внешнюю связку, которая может надорваться или оторваться.

Перечисленные ниже причины часто приводят к повреждению плеча:

- Если в позе лёжа рука пациента свисала с кровати (или на кровать у крупного пациента, которому не подложили подушку под плечо);
- Если в позе сидя — рука свисала без опоры на подушку или кровать;
- Если в позе стоя или при ходьбе (вставании, пересаживании) рука свисала и болталась, не закреплённая плечевым ортезом или косынкой;
- Если пациента тянули за руку (лежа, сидя, при ходьбе), поднимали руку за кисть при осмотре;
- Если пациенту поднимали руки над головой.

Для предупреждения повреждения плеча существуют простые правила, которые необходимо сообщить ухаживающим:

1. Пациента не поддерживают и не тянут за плечичную руку.
2. У лежачего пациента под лопатку и плечичное плечо должна быть подложена подушка, поддерживающая плечо на высоте здорового плеча (показать как).
3. У сидячего и стоящего пациента должен быть надет поддерживающий плечевой ортез (подбирает эрготерапевт или физический терапевт).

4. При необходимости, для поддержки руки временно можно использовать косынку, но не более чем на час в день. Иначе может развиваться контрактура и рука будет согнута.

Травма плеча может дать следующие последствия:

- Боль в плече;
- Отказ от активностей;
- Нарушение равновесия у пожилого или когнитивно сниженного пациента (вынужденный перекос позы вызовет смещение центра тяжести);
- Боль в шее и спине из-за перенапряжения мышц;
- Головная боль напряжения;
- Депрессия.

Таким образом, упустив из виду проблему плеча, мы получим дополнительные ограничения деятельности у пациента и дополнительную нагрузку на специалиста. Также необходимо остановиться на типичных ошибках, совершаемых при работе с пациентом, имеющим спастичность или риск развития спастичности (например, пациент через 10 дней после инсульта со снижением силы в руке).

Какие это ошибки:

- Использование массажных или гладких мячиков для стимуляции внутренней поверхности ладони;
- Использование эспандеров для тренировки силы кисти;
- Резкие движения на растяжение мышц;
- Повторяющиеся движения без полного разгибания;
- Статичные захваты с удержанием мелкого предмета (использование мозаики, прищепок, бусинок и т. п.);
- Тренировка через усталость;
- Тренировка через боль;
- Избыток статической нагрузки (удержание захватов, удержание положения руки);
- Массаж с разминанием спастичной мышцы;
- Некорректные позы (несимметричные, неравновесные), усиливающие тонус в руке.

Все перечисленные действия приводят к усилению спастичности сразу или через одну-две недели. В отличие от повторения упражнений, повседневная деятельность дает меньше рисков увеличения спастичности, т.к. организм «выключит» процесс, если человеку станет больно или появится напряжение в руке. Большинство пациентов не будет мужественно преодолевать боль и повторять процесс раз за разом, если боль возникала при размешивании сахара в чае или надевании трусов. Но чтобы этот защитный механизм «стопора» сработал — пациенту необходимо предоставить возможность выполнять активность только, пока он этого хочет!

Необходимо также коротко упомянуть методику реабилитации больной руки методом исключения здоровой. Метод применяют преимущественно при парезах руки центрального происхождения. Этой технологии посвящены отдельные пособия и учебные курсы, но любой эрготерапевт должен иметь представления об ограничениях метода. Суть методики в том, что пациенту предлагается все обычные активности выполнять больной рукой, здоровая зафиксирована косынкой на 3–5 часов в день. Здоровую руку изолируют только во время выполнения разных видов деятельности днем, во время отдыха обе руки свободны. Рука фиксируется специальным поясом в слегка согнутом (физиологичном) положении в районе белой линии живота.

Важно понимать, что не всем пациентам можно предлагать эту методику. Методика подходит в том случае, если парез легкий, рука может подниматься вверх, кисть сжимается в кулак, но сила в руке недостаточная, сохраняются неловкость, замедленность движений. Кроме того, у пациента не должно быть когнитивных проблем, боли и стресса в период проведения таких тренировок. Тренировки начинаются под руководством эрготерапевта. Руку сначала изолируют на 10–20 минут, по мере адаптации пациента время «выключения» руки увеличивают.

В других случаях предпочтительней все делать двумя руками, используя больную руку хотя бы для придавливания предметов весом пораженной руки или поддержки переносимого

предмета. Этот метод используют, если парез тяжелый, но сохраняется хотя бы незначительная чувствительность. Также включение двух рук во все активности хорошо работает в начале работы с неглектом.

Ранее говорилось, что эрготерапевты проводят вмешательства не только в кабинете, но и в палатах для лежачих пациентов. Следующий важный вопрос — что используют эрготерапевты в процессе восстановления руки и используют ли они для этого какие-то тренажеры. Эрготерапевты не используют тренажеры, имитационные панели (эргопанели) и предметы, не включенные в естественную или интересную для пациента деятельность. Это утверждение верно для любых вмешательств эрготерапевта — и при восстановлении руки тоже.

Также эрготерапевты не используют детские игрушки (мозаику, пирамидки, искусственные овощи и т. п.) для реабилитации взрослого пациента, за исключением случаев, когда пациент является воспитателем детского сада или продавцом игрушек, т. е. у него действительно есть привычная деятельность с использованием этих предметов. В иных случаях использование детских игрушек снижает самоуважение пациента и может даже ухудшить его когницию.

Эрготерапевты используют предметы, имеющиеся у пациента в постели и вокруг нее, а также используют доступную пациенту деятельность. Лежащий человек может брать различные предметы с тумбочки, использовать руки при смене позы, поправлять постельные принадлежности, использовать гигиенические салфетки, расческу и т. п. Все эти действия будут тренировкой планирования движений, дотягивания, захвата, стереогнозиса и т. п.

Если пациент более независим и может сидеть или отойти от кровати, эрготерапевт будет использовать более сложную деятельность для реабилитации. Раскладывание столовых приборов, прием пищи, умывание, обтирание полотенцем или салфетками, использование телефона и т. п. — это все пациент должен делать сам в максимальном объеме. Внешняя помощь должна

замещать только недоступную деятельность или ее сегменты и не должна отучить нашего пациента от самообслуживания.

Если у пациента имеется увлечение, это отличный ресурс для восстановления руки. Вмешательство может быть успешно построено на использовании хобби и игры. Например, пациенты-мужчины охотно собирают модели, женщины вяжут, пациенты обоих полов могут играть в шахматы и карты, заполнять кроссворды и т. п. Все эти действия могут стать хорошей тренировкой рук, дающей отличный эффект. Если у пациента недостаточно предметов для самообслуживания и хобби, необходимо мотивировать родственников эти предметы принести.

СЕНСОРНОЕ ПЕРЕОБУЧЕНИЕ РУКИ

При наличии гипостезии (снижения чувствительности) или гиперстезии (повышения чувствительности) необходимо научить пациента предотвращать ожоги и другие повреждения, а также улучшить функциональное использование руки в целом. Конечная цель сенсорного переобучения — это улучшение поверхностной чувствительности, чтобы пациент мог использовать руку эффективно и без рисков в любых необходимых активностях.

При гипостезии задача сенсорного переобучения — научить пациента, каким образом можно компенсировать недостаток чувствительности, включая распознавание температуры и степени давления на кожу. Сниженный порог восприятия давления от прикосновения в сочетании с уменьшением проприоцептивной информации влияют на пользование руками.

Такие пациенты используют чрезмерное мышечное усилие при удержании инструментов или манипуляциях с предметами, чтобы компенсировать недостаток поверхностной чувствительности глубокой чувствительностью. Со временем это систематическое чрезмерное усилие может вызвать повреждения от перенапряжения мышц, сухожилий и суставов.

На первом этапе таких пациентов придется обучать приемам, предупреждающим повреждение, например оценивать температуру предметов, остроту режущих кромок ножей и т. п. до того,

как прикасаться или брать предметы в руку. Однако люди с потерей чувствительности будут лучше действовать руками, если научатся использовать руки независимо от наличия зрительного контроля. В жизни им может понадобиться отвинтить гайку вслепую, так как она находится внутри или позади прибора.

Или другой пример: людям часто требуется нащупать в кармане ключ или найти в кошельке монету, не заглядывая в них. Поэтому конечная цель вмешательства — это наилучшее распознавание предметов без помощи зрения.

Для того чтобы понять, насколько это возможно, нужно провести оценку чувствительности. Необходимо обстоятельно оценить чувствительность кожи и пострадавших мышц. Специфической оценкой для сенсорного переобучения является выявление гипочувствительности, гиперчувствительности и качества стереогнозиса. Для оценки чувствительности удобно взять контур ладоней и отмечать на рисунке зоны повышенной и сниженной чувствительности. При оценке чувствительности по внутренней поверхности кисти медленно проводят кисточкой (при гиперстезии) или деревянной палочкой от мизинца к запястью.

Далее процедура повторяется со всеми пальцами руки. При необходимости тестируется и обратная сторона кисти. Пациент, не глядя на руку, комментирует наличие (повышение, снижение) чувствительности. Также необходимо оценить качество стереогнозиса (способность распознавать знакомые предметы на ощупь).

Стереогнозис требует интеграции температурной, тактильной, проприоцептивной чувствительности, а также возможностей воспринять фактуру, вес и форму объекта. Это самый высокий уровень распознавательной сенсорной (чувствительной) функции руки. На качество стереогнозиса ориентируются при сенсорном переобучении (если пациент узнает предметы на ощупь — цель достигнута). Интегративность стереогнозиса и позволяет переобучать руку в случае снижения какой-либо составляющей этого комплексного чувства, так как недостаток одной чувствительности может быть заменен другими компонентами после серии тренировок.

Оценка стереогнозиса происходит следующим образом: пациенту показывают несколько знакомых предметов похожего размера, затем просят определить эти предметы на ощупь с закрытыми глазами (для скрытия предметов можно использовать тканевый мешочек или контейнер).

Если у пациента выявлена гиперчувствительность и она достигает высокой степени, это может стать значительным препятствием сенсорному переобучению, так как ощупывание предметов может вызывать сильный дискомфорт и даже боль. Пациенты с выраженной гиперчувствительностью перед программой сенсорного переобучения нуждаются в специальной тренировке снижения чувствительности (десенситивной тренировке).

Снижение чувствительности проводится путем применения повторной постепенно возрастающей физической стимуляцией пораженного участка тела (принцип уташения рефлекса). Например, сначала пациента просят дотронуться до мягких объектов, таких как ватные шарики или махровое полотенце (в тяжелых случаях или с детьми, испытывающими страх перед прикосновением, используют шарики, сделанные из пены для бритья). Когда прикосновение к таким предметам уже хорошо переносится, пациента просят ритмично и медленно потереть этим предметом по чувствительному участку кожи.

В дальнейшем пациент проделявает те же действия и в той же последовательности, используя уже твердые предметы, но с гладкой поверхностью, например книгу, ручку инструмента или домашнюю утварь. В конце концов клиент должен быть способен спокойно дотрагиваться до твердых шершавых поверхностей, таких как камень или жесткая мочалка для мытья посуды.

Лучшими кандидатами на сенсорное переобучение являются люди с сохранной когнитивной функцией и с высоким уровнем мотивации. Первый уровень сенсорного переобучения — научить пациента компенсировать недостаточность защитной чувствительности (например, болевой или температурной чувствительности) использованием зрительного контроля

и использования остаточной чувствительности. В дальнейшем нужно пробовать уйти от компенсаторных стратегий. Для пациента проводят программу постепенно возрастающей сенсорной стимуляции, одновременно он обучается использовать пораженную руку в повседневных активностях.

Для оптимальной концентрации пациента лечебные занятия по сенсорной стимуляции должны длиться 10–15 минут. Специалисты предлагают следующую программу действий. Начинать работу по локализации ощущений лучше с движущихся прикосновений, так как они ощущаются лучше, чем точечные. Специалист дотрагивается до пальцев или до руки пациента кончиками своих пальцев, ватной палочкой или ластиком на конце карандаша.

Сначала это делается при открытых глазах пациента, затем все с точностью повторяется, но уже с закрытыми глазами. Пациент с закрытыми глазами концентрируется на запоминании чувствительного и зрительного образа стимуляции и старается сопоставить ощущения с участком кожи, до которого только что дотрагивались. После этого происходит постепенный переход к точечным прикосновениям по такой же схеме.

Далее проходит тренировка распознавания прикосновений к различным поверхностям и предметам для того, чтобы в дальнейшем пациент смог распознавать схожие и различные поверхности и предметы. Существуют уже готовые наборы для тренировки распознавания объектов различной формы и с различными текстурами поверхности. Но можно использовать самостоятельно подобранные образцы ткани и предметов — от грубых волокнистых до тонких и нежных. Также используется наждачная бумага разной степени жесткости, шершавые или гладкие металлические или деревянные поверхности, щетки из щетины и т. п. предметы.

В последнюю очередь проводится тренировка стереогнозиса путем постепенной тренировки распознавания знакомых предметов с закрытыми глазами. Для этого используются предметы, предоставленные пациентом, те, которыми он будет пользоваться

привычным образом. Для усложнения можно использовать тренинг поиска предмета в тазике с водой или пенопластовой крошкой. Тренировка в усложненных условиях дает более эффективное чувство стереогнозиса в обычной ситуации.

Одной из разновидностей сенсорного тренинга является температурная тренировка. Пациенту предлагается поочередно опускать руку в холодную и горячую (безопасная и терпимая температура) воду. Если вторая рука хорошо распознает температуру, на первой стадии тренировки нужно опускать обе руки. На второй стадии пациент опускает только пораженную руку и пытается определить температуру воды, запоминая ощущения.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЕМЫ ПРИ НАЛИЧИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Организация и проведение вмешательства при наличии когнитивных нарушений. Для таких пациентов необходимо использовать только знакомые предметы из дома, чтобы пациент не расходовал ресурсы памяти и внимания на изучение нового предмета. Даже простая кружка с новым рисунком и непривычной формы ручкой может перегрузить такого пациента, и он израсходует весь дневной ресурс когниции на изучение этой кружки. В работе придется использовать максимально простые, короткие действия.

Эффективно использовать больше действий, связанных с едой, так как, с одной стороны, у пациентов со сниженной когницией расторможен аппетит, с другой стороны, правильное действие будет поощрено естественным образом. Например, при восстановлении руки у пациента с деменцией используются прозрачные контейнеры, в которых лежит печенье. Чтобы достать печенье, необходимо открыть крышку. Для детей можно использовать яркие игрушки и другие привлекательные предметы, которые также надо достать из ящика или контейнера, дотянуться и т. п. При этом важно не заставлять пациента, поддерживать его хорошее настроение. Необходимо также разработать систему подсказок (инструкции, визуальные расписания

с изображениями). Нужно учесть, что при наличии когнитивных проблем лишние предметы, действия, слова и т. п. будут отвлекать внимание от основных задач.

В этом случае необходимо:

- *оставить только нужные для выполнения задачи предметы*
- *перед выполнением задачи давать короткую простую инструкцию;*
- *не говорить в процессе выполнения задачи;*
- *меньше говорить, больше показывать;*
- *не использовать предложения вроде «возьмите левой рукой вон ту кружку», использовать «этой рукой (прикосновение к руке) — ту кружку (прикоснуться к кружке)»;*
- *при необходимости — давать подсказки МЕЖДУ сегментами активности;*
- *привлекать внимание к предметам (яркий цвет, яркая или белая (контрастная) подложка под предметы и т. п.).*

Вмешательство при наличии неглекта. Основная задача эрготерапевта заключается в том, чтобы организовать деятельность пациента так, чтобы он естественным путем удерживал внимание на игнорируемом участке пространства и (или) тела. Для привлечения зрительного внимания к конечностям и сегментам тела эффективно использовать зеркало, в которое пациент будет видеть обе руки или все тело. Другой прием — пациент надевает яркие тонкие перчатки без пальцев на пораженную руку, или на кисть и (или) запястье наклеивается яркая полоска тейпа (без натяжения) либо накожная наклейка.

Перчатки и наклейки стимулируют не только зрительное внимание, но внимание к тактильным ощущениям. Также используют легкий массаж кожи и похлопывание по руке со стороны неглекта непосредственно перед использованием руки и в процессе использования. Для работы с неглектом используется больше естественных бимануальных действий, где необходимо использовать обе руки, например перенос подноса, подушки, перестилание белья, чтение книги большого формата,

использование большого планшета и т. п. Также пациента просят некоторое время брать двумя руками и мелкие предметы, так как каждое действие, где в движении совместно координируются обе руки, работает против неглекта.

Важно учесть, что в начале работы с неглектот эрготерапевт, помощники, ухаживающие подходят с здоровой стороны. С непораженной стороны нужно располагать и предметы. После серии тренировок, когда пациент адаптируется, люди и предметы постепенно перемещаются на пораженную (игнорируемую) сторону. С пораженной стороны с пациентом здороваются, приносят еду, общаются, ставят тумбу и прикроватный стол и т. п.

Психоастения. У пациентов с психоастенией деятельность будет лучше тренироваться после утреннего пробуждения, а также после легкой физической нагрузки и короткого отдыха. Активности должны быть короткие, приносящие максимум удовлетворения пациенту. Если пациенту назначают противоастенические препараты, то тренировка должна проводиться в «окне» действия препарата (от 30 минут до 2 часов после введения и/или приема).

ОРТЕЗИРОВАНИЕ

Для качественного подбора и изготовления ортезов эрготерапевт должен пройти очный курс обучения. Однако есть некий минимум знаний об ортезах, на который может опираться начинающий специалист. Ортез всегда подбирается индивидуально, на основании проведенной диагностики и в соответствии с планом вмешательства.

Когда пациенту может быть необходим ортез:

- Если есть боль или риск появления боли при выполнении действия;
- Если есть нестабильность сустава;
- Если идет процесс формирования деформаций или контрактур или имеется риск появления деформаций и контрактур;
- Если есть риск развития неправильных паттернов движений (типично для компенсирующих движений в плече, локте, запястье и большом пальце руки);

- Если есть недостаток силы при выполнении деятельности (как при растяжении или утрате эластичности мышц).

При выборе или изготовлении ортеза специалисту необходимо иметь представление о том, когда пациент должен носить ортез, как долго носить ортез в течение дня и для чего предназначен ортез. Например, плечевой ортез для пациента с пlegией руки после инсульта будет надеваться и использоваться все время, когда пациент не находится в кровати в положении на спине (в этом положении комфортней использовать подушку), а ортез, фиксирующий запястье и отводящий большой палец у пациента с умеренной спастичностью, может надеваться тогда, когда пациент собирается писать письмо или использовать мелкие предметы.

После подбора ортеза необходим контроль его ношения специалистом. В процессе контроля нужно обращать внимание на возможное некорректное положение ортеза, неправильное надевание, возможное нарастание тонуса, образование контрактур из-за фиксации положения, возможные мышечные атрофии, на образование новых патологических паттернов движения или выполнения активностей.

Типичные ошибки ношения ортеза:

- Надет слишком свободно, болтается и сползает;
- Надет слишком плотно, прижимает мышцы (риск повышения спастичности);
- Надет на влажную кожу или кожа не расправлена, натирает кожу (риск пролежня);
- Надет на одежду, образовалась складка (натирает кожу, риск пролежня);
- Не по размеру, слишком длинный, короткий, широкий и т. п. (препятствует сгибанию и разгибанию, натирает кожу).

ПОДБОР АДАПТИВНЫХ УСТРОЙСТВ

Подбор или изготовление адаптивных устройств — это часть вмешательства по восстановлению какой-то конкретной активности (деятельности). Поэтому устройства подбираются

(изготавливаются) для решения какой-либо определённой жизненной задачи, на основании проведенной оценки (диагностики).

Для того чтобы эффективно подобрать или изготовить средство адаптации, мы должны получить ответы на следующие вопросы:

- Какая деятельность выбрана пациентом для восстановления? Каковы его потребности, желания пациента и приоритеты. Ему нужно принимать пищу и пить, посещать туалет, умываться, одеваться, звонить по телефону, играть, заниматься любимым делом?
- Что может наш пациент? Каковы его возможности и ограничения. (Сила, чувствительность, выносливость, боль, повреждение структур, когнитивный ресурс, неглект, мотивация).
- Какие привычки и навыки есть у пациента? Возможно ли их восстановить или изменить?
- Какова направленность реабилитации? (Облегчить жизнь паллиативному пациенту, восстановить активность).
- На какой срок потребуются адаптация? (Временно или постоянно).
- Какие есть ресурсы у пациента и специалиста? (Цена изделия, купить или изготовить, требует ли использование устройства длительного обучения, нужна ли помощь при использовании, возможен ли гигиенический уход за изделием и т. п.).

Ниже приведен примерный алгоритм адаптации.

0. (подготовительная стадия) получаем информацию о возможностях и ограничениях руки (диагностика).

1. Совместно с пациентом определить необходимые виды деятельности (необходимо пациенту, хочется пациенту, отвечает задачам реабилитации).

Пример: есть столовыми приборами.

2. Дополнительно оцениваем деятельность, вычленив проблемы, анализируем, рассчитываем, что необходимо изменить.

Пример: пациент на седьмой день после инсульта, два дня находится в палате, может сидеть в кровати, недостаточно мышечной силы для поднятия руки и удержания запястья, недостаточно силы и чувствительности для захвата и удержания ложки, рука дрожит (тремор), и суп проливается. При этом пациент может удерживать и донести до рта хлеб, откусить его. Нарушений глотания нет.

3. Модифицируем столовые приборы и меняем саму активность с учетом возможностей пациента.

Пример: для начала тренируем еду вилкой (не так важна точность удержания в плоскости и можно использовать цилиндрический захват). Заменяем вилку на пластиковую (легче, безопасней), утолщаем ручку вилки (при помощи отрезка трубки из синтетического вспененного каучука), делаем рельеф (вырезы для пальцев) для лучшего удержания. Для тренировки активности используем продукты, которые легко наколоть вилкой. Тренируем использование вилки и донесения до рта хлеба рукой. Подбираем легкую пластмассовую ложку, делаем ручку толстой и рельефной (см. ранее), тренируем использование ложки для набирания пюре и густой вязкой каши (не проливается при несоблюдении плоскости донесения до рта).

4. Через три дня проводим переоценку и корректировку.

Пример: наш пациент улучшил качество захвата и может есть уже полужидкую пищу модифицированной ложкой.

Что может модифицировать эрготерапевт:

- Вес предмета под захват пациента (сделать легче при недостатке силы или тяжелее при атаксии);
- Размер под захват пациента (длину, толщину, форму);
- Фактуру под возможности чувствительности пациента (гладкую, рельефную, под определенные пальцы);
- Положение предмета в пространстве под возможности дотягивания и захвата пациента (разместить предмет для привычного использования в иной плоскости, выше, ниже);
- Маркировать (выделить) предмет под возможности

зрения и (или) когниции пациента (окантовка контрастным цветом, полное выделение контрастным цветом, нанесение номера или изображения в соответствии с подсказками или визуальным расписанием);

- Защитить предмет от случайного сбрасывания (создаем противоскользкие рабочие поверхности, приклеиваем ограничители на рабочие поверхности, защищаем от скольжения сам предмет, фиксируем предметы шнурками и т. п.);
- Оснащаем предметы, мебель, стены дополнительными ручками, петлями, шнурками, ограничителями, фиксаторами, карманами, полочками и т. п.;
- Дополняем быт переносными захватами, компенсирующими отсутствие функций рук, дополнительными карманами на одежде, тележками, столиками на колесах и т. п.

Примеры адаптации среды:

- Толстые ручки из поролона, вспененного каучука или пористого строительного утеплителя для ножей, вилки, зубных щеток, дверных ручек типа «скоба» и т. п.;
- Ручки столовых приборов, изогнутые под доступную плоскость захвата пациента;
- Длинные или утолщенные ложки для обуви;
- Совки для мусора с длинной ручкой;
- Доска для разделки пищи с гвоздиками или штырьками;
- Нескользящая подложка под необходимые предметы;
- Тонкие длинные предметы в тяжелом стакане для карандашей или низкой стеклянной банке;
- Влажные салфетки в коробке или влажная туалетная бумага, вместо туалетной бумаги в рулоне;
- Ополаскиватель вместо зубной пасты;
- Зубная паста закреплена держателем на присоске;
- Подъемник в ванной;
- Стеновые или напольные поручни в ванной, туалете, душе;
- Разборная опора для спины, чтобы пациент мог сидеть в постели;

- Надувные ванны для головы и тела (мытье лежа в кровати);
- Место для переобувания сидя в коридоре;
- Места для отдыха сидя на лестнице;
- Сделан карман на живот или бок для бытовых предметов;
- Стаканы с плотной крышкой вместо кружек для переноса горячих напитков;
- Тележка для сервировки для переноски тяжелых предметов по квартире;
- Электрическая пароварка или мультиварка вместо плиты;
- Варка продуктов, требующих сливания кипятка, в дуршлаге, установленном в кастрюлю.

Приведенные примеры — это лишь малая часть устройств и приемов для адаптации деятельности пациента или ухода за ним. Список готовых и индивидуально изготовленных устройств пополняется, наверное, каждым практикующим эрготерапевтом. Поэтому не стоит ориентироваться только на готовые адаптивные устройства, практикующий эрготерапевт должен уметь самостоятельно сделать или подобрать то, что сделает возможной или более эффективной деятельность его пациента.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Тест на дотягивание.

Выполняется в положении стоя. Пациенту необходимо потянуться вперед вытянутой рукой.

Инструкция: «Пожалуйста, поднимите руку до уровня плеча на 90 градусов. Вытяните пальцы и потянитесь вперед насколько сможете. Нельзя сгибать туловище и наклоняться вперед!»

Специалист располагает линейку или сантиметровую ленту в конце пальцев, когда рука поднята до горизонтальной линии. Пальцы не должны касаться линейки в момент дотягивания вперед. Результатом будет максимальное продвижение пальцев исследуемого вперед. Если возможно, попросите исследуемого использовать обе руки при дотягивании, для того чтобы избежать ротации туловища. Регистрируется длина, на которую тянется пациент.

Отлично, если может уверенно потянуться вперед более чем на 25 см. Хорошо, если может потянуться вперед более чем на 12 см безопасно. Проблемы с равновесием при следующих результатах: может потянуться вперед более чем на 5 см безопасно; может потянуться вперед, но нуждается в наблюдении; теряет равновесие в момент попытки или требует внешней поддержки.

Шкала оценка функции гнозиса и праксиса.

АГНОЗИЯ

1.	Зрительная агнозия
	Предметная агнозия
	Прозопагнозия
	Цветовая агнозия
	Буквенная агнозия
	Цифровая агнозия
	Оптико-пространственная агнозия
	Симультанная агнозия

2.	Слуховая агнозия
3.	Тактильная агнозия
4.	Обонятельная агнозия
5.	Вкусовая агнозия
6.	Аутоагнозия
7.	Анозогнозия
8.	Пальцевая агнозия

Критерии оценки

0 баллов — отсутствие данного вида агнозии;

1 балл — наличие данного вида агнозии.

Оценка результатов

11 баллов и более — восстановление отсутствует;

8–10 баллов — минимальная степень восстановления;

4–7 баллов — удовлетворительная степень восстановления;

1–3 балла — достаточная степень восстановления;

0 баллов — полная степень восстановления.

Руководство к использованию шкалы оценки агнозии.

Выявление зрительной агнозии:

- *Предметная агнозия* — узнавание реальных предметов и предметов на обычных рисунках и рисунках Поппельрейтера (т. н. зашумленные рисунки);
- *Прозопагнозия* — пациенту предлагается идентифицировать широко известных людей на представленных портретах, узнавать родственников и знакомых на представленных фотографиях;
- *Цветовая агнозия* — опрос пациента на предмет, какой цвет имеют широко известные предметы (например, морковь, апельсин и т. д.);
- *Буквенная агнозия* — пациенту предлагают назвать буквы:
 - в различных шрифтах,
 - в прямом виде,
 - в перевернутом виде,

- в зачеркнутом виде,
- в зеркально изображенном виде;
- *Цифровая агнозия* — пациенту предлагают назвать арабские и римские цифры:
 - в прямом виде,
 - в перевернутом виде,
 - в зачеркнутом виде,
 - в зеркально изображенном виде;
- *Оптико-пространственная агнозия* — пациенту предлагают:
 - назвать время по стрелкам часов,
 - сделать расстановку стрелок на немом циферблате,
 - назвать основные изображения на контурной географической карте,
 - нарисовать план палаты,
 - провести деление линии на части;
- *Симультанная агнозия* — пациенту предъявляют картинку с изображением более одного предмета для их идентификации и описания.

Выявление слуховой агнозии — узнавание предметов по звуку (например, по звону — связку ключей, по тиканью — часы); оценка и воспроизведение ритмов: определение характера ритма (одиночный, двоянный, строенный); выполнение ритма по принципу подражания при непосредственном воспроизведении; выполнение ритма по речевой инструкции.

Выявление тактильной агнозии (астереогноза) — пациенту предъявляют предметы для узнавания при ощупывании с закрытыми глазами.

Выявление обонятельной агнозии — узнавание характерных запахов:

- чеснока,
- мяты,
- апельсина,
- канцелярского клея.

Выявление вкусовой агнозии — узнавание характерных вкусов:

- морковного сока,
- томатного сока,
- апельсинового сока,
- виноградного сока.

Выявление аутотопогнозии: пациента просят показать части тела, а также выявляют наличие признаков аутотопогнозии (метаморфопсии, полимелии).

Выявление анозогнозии: выявляют наличие синдрома Антона Бабинского — недооценка собственного дефекта.

Выявление пальцевой агнозии (фингерагнозии) — пациента просят назвать пальцы руки.

АПРАКСИЯ

1	Кинестетическая (афферентная)
2	Кинетическая (эфферентная)
3	Пространственная
4	Идеаторная

Критерии оценки

• **для кинестетической и кинетической форм апраксии:**

0 баллов — отсутствие данного вида апраксии;

1 балл — наличие данного вида апраксии;

• **для пространственной и идеаторной форм апраксии:**

0 баллов — отсутствие данного вида апраксии;

2 балла — наличие данного вида апраксии.

Оценка результатов:

6 баллов — восстановление отсутствует;

4–5 баллов — минимальная степень восстановления;

2–3 балла — удовлетворительная степень восстановления;

1 балл — достаточная степень восстановления;

0 баллов — полная степень восстановления.

Руководство к использованию шкалы оценки апраксии.

Выявление кинестетической апраксии:

- выполнение простых инструкций в горизонтальной и вертикальной плоскостях (перебор пальцами, сжимание в кулак пальцев рук);
- определение праксиса позы, для чего оценивался правильный перенос позы одной руки на другую, т. е. воспроизведение пальцами одной руки позы пальцев другой руки.

Исследование орального праксиса выполняется по принципу подражания и по инструкции, для чего оцениваются:

- праксис губ (оскал зубов, вытягивание губ в трубочку);
- праксис языка (высовывание и убирание языка, повороты его вправо, влево);
- праксис щек (надувание и втягивание щек);
- выполнение условных оральных движений (посвистывание, цокание, целование).

Выявление кинетической апраксии — исследование динамического праксиса с помощью пробы «кулак — ребро — ладонь», для чего пациенту предлагают выполнить серию последовательных движений кистью по смене ее позы: постукивание кулаком, ребром кисти и ладонью.

Выявление пространственно-конструктивного праксиса:

- проба на исследование пространственной координации движений по подражанию действиям исследующего с одной и двумя руками;
- проба Хэда: пациента просят правой рукой показать левый глаз, левой рукой показать правый глаз, правой рукой показать левое ухо, левой рукой показать правое ухо;
- проба на выкладывание из палочек квадрата или ромба;
- проба на рисование по вербальному заданию какого-либо предмета;

- проба на рисование трехмерной пространственной геометрической фигуры.

Выявление идеаторной апраксии:

- тест выполнения действий с реальными предметами: застегнуть пуговицы, надеть рубашку, зажечь спичку;
- тест выполнения действий с воображаемыми предметами: пациента просят показать, как забивают гвоздь, размешивают сахар в чашке;
- тест выполнения символических действий: пациента просят показать, как грозят или манят пальцем;
- тест исследования простых условных реакций в виде действия: на один стук поднять правую руку, на два — левую;
- тест исследования конфликтных условных реакций: пациента просят в ответ на сжатие пальцев кисти в кулак поднять палец, в ответ на поднимание пальца — сжать пальцы в кулак.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ:

МДБ — мультидисциплинарная реабилитационная бригада.

МКФ — международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности (основная классификация в реабилитации).

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт головного мозга).

ЧМТ — черепно-мозговая травма.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РОССИЙСКОЙ ТРАДИЦИИ НАИМЕНОВАНИЯ:

Активность и участие в контексте МКФ. **Активность** — это повседневные действия или задачи, выполняемые для себя. **Участие** — это действия, выполняемые в обществе.

Активности в эрготерапии — выполняемые человеком действия или задачи.

Деятельность в эрготерапии — выполняемые человеком действия или задачи.

Занятость в эрготерапии — повседневные занятия (самообслуживание, работа, обучение, игра, отдых, хобби и т. п.).

Здоровье — способность самостоятельно решать все необходимые жизненные задачи.

Клиент в эрготерапии — это человек, на которого направлено вмешательство эрготерапевта. В рамках медицинской реабилитации понятия «клиент» и «пациент» идентичны.

Когниция — совокупность отдельных и интегративных функций головного мозга, таких как память, внимание, мышление, праксис, гнозис, речь и др.

Мультидисциплинарность — системообразующее свойство реабилитации, признаками которого является совместная постановка общей цели реабилитации пациента. МДБ включает в себя пациента, если пациент недееспособен, то его родствен-

ников, а также всех специалистов, необходимых пациенту.

Пациент-центрированный подход — подход, при котором пациент ставит задачу реабилитации и совместно с командой ее достигает.

Реабилитация — восстановление или становление независимости пациента во всех необходимых ему ситуациях.

Реабилитационный диагноз — список проблем здоровья пациента, с которыми будет работать реабилитационная бригада.

Рутинa — привычный порядок повседневных задач, уже не требующих выучивания, тренировки или адаптации.

Среда окружения — предметы, архитектурные сооружения, планировка зданий, климат, ландшафт, социальные институты, отношение общества, отношение и убеждения людей и люди, оказывающие влияние на пациента.

Функции жизни — навыки, используемые пациентом в жизни.

Функциональный подход — подход, направленный на становление или восстановление каких-либо жизненных функций.

Церебральный паралич у детей — детский церебральный паралич.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Assessments in occupational therapy mental health / [edited by] Barbara J. Hemphill-Pearson. — 2nd ed. SLACK Incorporated, 2008.

Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists. Intervention guidelines for the client-centred practice of occupational therapy (H39-100/1986E). Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare, 1986.

Grégory Mesplé Hand and Wrist Rehabilitation. Theoretical Aspects and Practical Consequences Foreword by Marc Garcia-Elias. Springer International Publishing Switzerland, 2015.

Occupational Therapy for Stroke Rehabilitation. Simon B.N. Thompson and Maryanne Morgan. Springer-Science+Business Media, B.V., 1990.

Quick Reference Dictionary for Occupational Therapy. Edited by Karen Jacobs, EdD, OTR/L, CPE, FAOT. SLACK Incorporated, 2015

WILLARD & SPACKMAN'S Occupational Therapy 10/E (978-0-7817-2798-3) by Crepeau, Elizabeth Blesedell, PhD, OTR/L, FAOTA, et.al Перевод и редактирование Мальцев С. Б., Камаева О. В., Мишина Е. К. — Душанбе, 2010.

Клочкова Е. В, Мальцев С. Б. / Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для Республики Таджикистан. Методическое пособие. — Душанбе, 2010.

Ло М., Бантист С., Карсвел Э., МакКолл М., Полатайко Х., Поллок Н. / Перевод на русский Мальцев С.Б. / Канадская оценка выполнения деятельности (La Mesure Canadienne du Rendement Occurpationnel). Изд. 2. — Душанбе, 2010.

Мальцев С. Б. / Оценка ежедневной активности, участия в жизни общества и качества жизни. Учебное пособие для проекта «Техническая помощь программе поддержки секторальной политики в области социальной защиты — компонент по предоставлению услуг Таджикистану». — Душанбе, 2010.

Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В., Иванова Г. Е. / Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов//Consilium Medicum. — 2016 — № 2.1 — с. 59–60.

Мальцева М. Н., Шмонин А. А. / Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации//Академия профессионального образования. — 2016 — № 3 (57) — с. 50–54.

Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В, Иванова Г. Е. / Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов. // Consilium Medicum. (Прил.) — 2017 — 2.1 — с. 90–93.

Супонева Н. А., Мальцева М.Н., Зимин А.А., Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. // Вестник восстановительной медицины 2 (78). — 2017 — с. 68–73.



ДЕПАРТАМЕНТ ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

Издание осуществлено при помощи гранта
Департамента труда и социальной защиты населения
города Москвы

Редактор: Н. М. Третьякова
Иллюстрации: М. Ю. Гигиняк

ISBN 978-5-4386-1876-8



ОРБИ

фонд борьбы
с инсультом

Фонд борьбы с инсультом ОРБИ — первый фонд, который занимается проблемой инсульта в России.

Фонд помогает людям, столкнувшимся с заболеванием, а также их близким и родным, поддерживает медицинские учреждения и учебные программы для медицинского персонала. Кроме этого, фонд привлекает внимание общества к проблеме инсульта, рассказывает о симптомах заболевания и важности своевременной квалифицированной помощи в случае их появления.

Бесплатная анонимная телефонная линия: **8 (800) 707-52-29** фонда ОРБИ работает для переживших инсульт, их близких и всех, кто сталкивается с проблемой инсульта.

Подробнее о программах фонда и способах поддержать его работу на сайте **www.orbifond.ru**

