

Оккупационная терапия

ВВЕДЕНИЕ

Что такое оккупационная терапия? Что она собой представляет? Для того чтобы в этом разобраться, в первую очередь, нужно выяснить значение самого слова "оккупация". Этот термин имеет несколько значений. По одному из них он обозначает занятие, деятельность. В терапии применяется именно это значение. Согласно оккупационной терапии, этот термин подразумевает целенаправленное использование времени человеком с учетом его интересов и ценностей.

Оккупация - это целенаправленная деятельность, имеющая ценность для человека или общества. Оккупация - это вид деятельности, активность, в которую человек вовлечен на протяжении большей части времени. К такой деятельности относятся: работа, отдых, игра и каждодневные привычки. Каждый из ее видов осуществляется характерным для данного индивида уникальным способом, который основывается на его опыте, интересах, ценностях, привычках, на том, что приобретается человеком от рождения, в процессе постоянного взаимоотношения со средой.

Виды деятельности, в которые вовлечен каждый из нас, можно сгруппировать в три основные категории:

- обслуживание самого себя (одевание, купание, путешествие);
- продуктивная деятельность (учеба, уборка);
- отдых (активная и пассивная формы - хобби, прогулка, чтение).

Оккупационный терапевт старается помочь человеку осуществлять свою целенаправленную деятельность успешно и независимо.

Оккупационная терапия представляет собой комбинацию медицины, социальной науки и реабилитации. Она основывается на гуманистическом подходе к человеку и рассматривает каждую личность как индивидуальную и уникальную.

Совет оккупационных терапевтов европейских стран (СОТЕС) использует следующее определение оккупационной терапии:

"Оккупационная терапия представляет собой лечение людей с ограниченными физическими и умственными способностями с помощью подобранных видов деятельности (активностей). Ее целью является поддержка личности, дабы она достигла максимального уровня функционирования и независимости во всех сферах жизни".

По мнению членов Всемирной Федерации оккупационных терапевтов, "оккупационная терапия — это процесс, подразумевающий улучшение состояния здоровья человека путем его оккупации. Основной целью оккупационной терапии является предоставление человеку возможности быть вовлеченным в повседневную деятельность. Достижение этой цели возможно либо обнаружением такого вида деятельности, который повышает качество участия человека, либо с помощью изменения среды для достижения лучшего уровня соучастия" (WFOT, 2004).

Оккупационная терапия рассматривает здоровье как динамичный и многоплановый феномен, который включает физический, психологический, эмоциональный, социальный, национальный и культурный аспекты.

Важно отметить, что оккупационная терапия укрепляет и улучшает здоровье и качество жизни людей любого возраста. Используя целенаправленную деятельность, она опирается на подход, ориентированный на человека (или т.н. подход, ориентированный на клиента). Данный подход подразумевает, что **клиент (человек, индивид, личность)**

принимает активное участие в терапевтическом процессе. Оккупационная терапия считает каждого человека уникальным, обладающим возможностями для того, чтобы быть мотивированным и брать ответственность на себя.

У клиента есть возможность/право выбора и принятия решения, благодаря чему достигается первейшая цель оккупационной терапии - человек **находит важную для него, полную смысла деятельность (оккупацию)**. Таким образом, он открывает самого себя и свои возможности, становится функциональным. Правильно подобранная оккупация способствует процессам адаптации и повышению уровня жизни при ограниченных способностях.

Оккупационная терапия – это систематические взаимоотношения между человеком и его оккупацией (деятельностью, занятием). Оккупация есть целенаправленное использование времен и человеком для различных активностей, представляющих для него важное значение.

Компонентами оккупации являются: тело/психика, время/пространство и социум/среда. Во время выполнения конкретной задачи эти компоненты постоянно влияют друг на друга, то есть находятся в постоянной интеракции (взаимодействии).

В функции оккупационной терапии входит изменение взаимоотношений между этими элементами, что осуществляется путем адаптации всех или какого-то из элементов.

Вот какова природа интеракции элементов. Когда человек занят или вовлечен в оккупацию, его тело и разум всегда вовлечены. Разум вовлечен, а тело выполняет определенное задание. Человек всегда входит в интеракцию (или взаимодействие) со средой, таким образом, в ней осваиваясь. Исходя из этого, "достаточная адаптация" означает положение, при котором оккупация (деятельность) личности и среда находятся в сбалансированных отношениях друг с другом.

- Оккупационная терапия представляет собой метод лечения/интервенции людей с ограниченными физическими, умственными и социальными возможностями, цель которого - помочь этим людям, используя собственные ресурсы, достичь максимального уровня независимости.

- Если задачей медицины является лечение заболевания, то задача оккупационной терапии - профилактика (превенция) или уменьшение количества тех ограничений, которые вытекают из самой болезни.

- Оккупационная терапия помогает человеку восстановить, развить и приобрести те навыки и способности, которые являются важнейшими для независимого функционирования, улучшения качества здоровья и жизни.

- Функция оккупационной терапии, в основном, выражается в том, чтобы улучшить качество хорошего состояния и восстановить уровень здоровья личности. Для этого она использует целенаправленную, заранее определенную оккупацию (деятельность, занятие). Примечательно, что здоровье индивида в большой степени зависит от его ежедневного опыта, приобретенного в отношении социума. (Kilhofner, 1997).

- Оккупационная терапия дает человеку возможность учиться и максимально полно использовать собственный физический, эмоциональный, когнитивный, социальный и функциональный потенциал.

Оккупационная терапия использует каждодневные активности, чтобы помочь человеку в приобретении независимости. Для человека с ограниченными возможностями важно, чтобы он мог самостоятельно выполнять каждодневную работу - одеваться, причесываться, мыться, есть. Когда эти привычки освоены, программа оккупационной терапии начинает работать над развитием навыков выполнения личностью общественных обязанностей - таких, например, как учеба, забота о семье и доме, поиск работы и занятость.

При лечении психических и эмоциональных проблем программа оккупационной терапии часто включает: участие в правильном планировании времени, продуктивную

работу вместе с другими, обучение приятному проведению свободного времени и т.д.

Оккупационный терапевт ищет пути вовлечения в деятельность людей с ограниченными умственными возможностями или социально неадаптированных лиц, чтобы они стали участниками и партнерами в процессе совершенствования собственных навыков и способностей с учетом физических, физиологических факторов, а также факторов среды. Это помогает индивидам влиять на свою среду, улучшать собственное здоровье и обогащать возможности. Главной целью оккупационной терапии является достижение взаимной приемлемости трех элементов - личности, среды и оккупации. Личности с ограниченными возможностями, обладающей специфическими, особыми способностями, необходимо найти такое занятие (оккупацию), которое будет для нее выполнимо и которому будет способствовать среда, в которой данное занятие осуществляется. Иными словами, среда должна быть приспособлена к личности и ее занятию. Процесс оккупационной терапии эффективен только в случае, когда все три элемента приспособляются друг к другу.

Оккупационная терапия содержит ряд ступеней.



Рис.1 Ступени процесса оккупационной терапии
The stages of the occupational therapy process, J.Creek, 2002.
Occupational Therapy and Mental Health

Можно детально проанализировать вышеприведенную общую схему. С этой целью рассмотрим более глубоко две важнейшие составляющие ступени процесса - оценку и интервенцию.

Процесс оценки полностью связан с терапевтическим процессом. Оценка направлена на установление проблемы клиента, а также на идентификацию тех целей, на достижение которых должна быть направлена работа во время интервенции. Первым шагом в оккупационной терапии является сбор детальных данных о клиенте и их организация. Оценка является непрерывной частью программы оккупационной терапии, которая заканчивается с ее завершением. Процесс оценки подразумевает выработку и планирование эффективной интервенции.

Интервенция является следующим шагом после детальной оценки и составления плана действий. Основными элементами интервенции являются: клиент, терапевт, активность (занятие) и среда.

Активное участие и вовлеченность клиента в процесс, а не роль пассивного объекта

обслуживания является тем важнейшим фактором, который предопределяет изменения в терапии. Качество взаимоотношений между терапевтом и клиентом определяет мотивацию клиента, его вовлеченность в процесс и готовность на сотрудничество.

Активность (занятие) является одним из важных элементов оккупационной терапии. Занятие должно быть значимым и представлять для клиента ценность. В подборе занятия решающую роль играют 3 фактора: цели клиента, характер занятия, его качество и мотивация клиента. Способность понять природу занятия и навык анализа помогают терапевту подобрать занятие, приспособленное к потребностям клиента. Людей нельзя рассматривать изолированно от их среды. Контекст интервенции имеет огромное влияние, как на процесс работы, так и на ее результаты.

Рассмотрим процессы оценки (рис. 1.1) и интервенции/лечения (рис. 1.2) схематически:

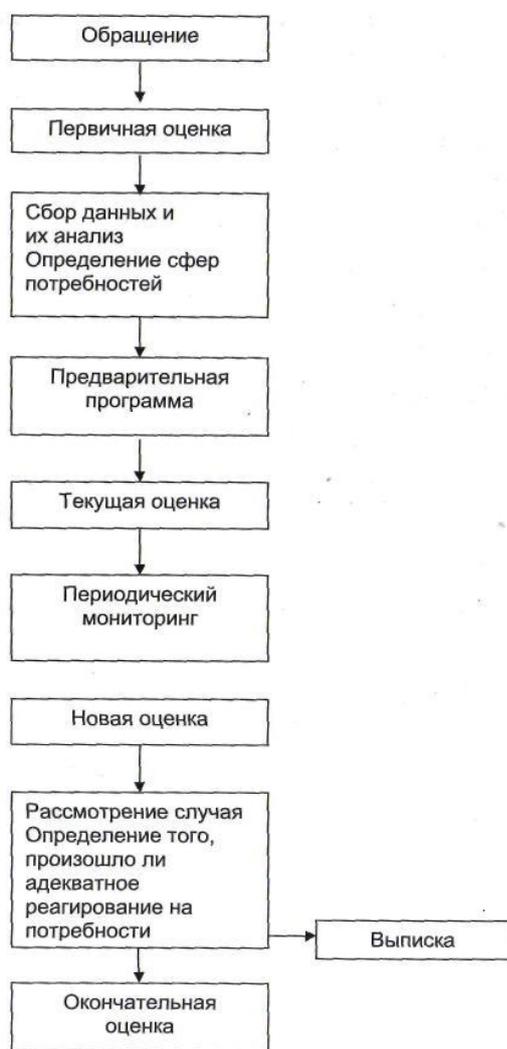


Рисунок 1.1. The assessment process. J.Creek, 2002. Occupational Therapy and Mental Health and Процесс оценки



Рисунок 2.2. The treatment planning process. J.Creek, 2002. Occupational Therapy Mental Health Процесс лечения

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И РАБОЧИЕ СТРАТЕГИИ В ОККУПАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ



В соответствии с терапевтическими целями и потребностями личности оккупационная терапия использует различные стратегии и теоретические подходы. К ним относятся стратегии развития, адаптации, реабилитации и образования.

Развитие - подразумевает развитие потенциальных психомоторных возможностей и приобретение новых навыков. Развитие зависит от интеграции нервной и костно-мышечной систем, а также от способности этих систем работать вместе, осуществляя целенаправленную и координированную работу. В дальнейшем эта интеракция подвергается изменению под влиянием обратной связи с окружающей средой и имеющихся в ее пределах возможностей. Компоненты навыков и способностей улучшаются в процессе практической деятельности и отшлифованных действий. Индивид способен осуществлять действие только в пределах уровня своего развития. Невозможно развитие более сложных навыков, пока не произошло основательное освоение имеющихся навыков и их объединение в поведенческом репертуаре. Невозможно перепрыгнуть через ступени развития или пропустить их. Оккупационная терапия дает возможность клиенту максимально использовать собственный физический, когнитивный, эмоциональный потенциал.

Адаптация - подразумевает осуществление важных изменений, которое позволит личности соответствовать потребностям каждодневной жизни, а также улучшить здоровье и качество жизни.

Адаптация включает следующие четыре основные сферы:

- адаптация личности - подразумевает соответствие физиологии, перцепции и когнитивности окружающей среде;
- возможно адаптированное приобретение навыков и способностей, ролей и оккупации;
- адаптация оккупации с тем, чтобы содействовать действию;
- адаптация среды, означающая создание приемлемых для личности условий и фасилитацию действий.

Реабилитация - это интервенция, осуществленная группой, заботящейся о здоровье, которая вызывает изменения и помогает личности в восстановлении функций и

приобретении функциональной независимости после болезни или травмы.

Реабилитация вызывает изменения в биологических, физиологических, психологических или неврологических процессах, тренирует навыки/способности и поведение.

Всемирная организация здравоохранения (WHO) различает медицинскую, социальную реабилитацию и реабилитацию занятости.

Медицинская реабилитация - процесс медицинской заботы - ставит целью развитие функциональных, психологических возможностей индивида, а в случае необходимости - и компенсаторного механизма, что дает человеку возможность достичь само-зависимости (зависеть только от самого себя) и вести активный образ жизни.

Социальная реабилитация - подразумевает интеграцию или реинтеграцию лиц с ограниченными возможностями в общество, соответствие их способностей требованиям семьи, общества и оккупации. Социальная реабилитация также уменьшает число любых экономических или социальных факторов, которые могут препятствовать реабилитационному процессу.

Реабилитация занятости - профессиональная реабилитация (VOCATIONAL) означает обеспечение таких мер, как: профессиональные тренинги и выборочное размещение. Целью такой реабилитации является обеспечение людей с ограниченными способностями соответствующей работой и сохранение этих рабочих мест в дальнейшем.

По определению Всемирной организации здравоохранения (WHO), реабилитация является интердисциплинарным процессом, в ходе которого члены команды обеспечивают клиента теми навыками и методами, которые соответствуют его потребностям. Команда, включая клиента, руководствуется принципами тесного сотрудничества для достижения совместно согласованных целей реабилитации. Обычно команда работает под руководством медицинской дирекции.

Оккупационные терапевты часто заняты обучением, хотя они не являются педагогами и опять-таки остаются терапевтами. Оккупационный терапевт может выполнять следующие роли: образование коллег, образование других профессионалов, образование общества в целом, обучение специфическим навыкам, образование студентов. Каждая из этих сфер является неотъемлемой частью оккупационной терапии.

Оккупационный терапевт использует ряд учебных методик и техник:

физиологическая - био-обратная связь, тренировка моторного и перцептивно-моторного навыков;

бихевиоральная - изменение в поведении, изучение без ошибок, тренировка поведения;

когнитивно-перцептивная - когнитивное реструктурирование, управление эмоциями, тренинг асертивности;

социальная - социальное моделирование, ролевые игры, тренинг социальных качеств;

гуманистическая - обучение, ориентированное на студента, экспериментальное обучение (R.Na-gedorn, 2001, Foundation for Practice in Occupational Therapy)

Оккупационный терапевт предстает в качестве клинициста, советника, просветителя и помощника (помогает как самому клиенту, так и ухаживающему за ним).

Как клиницист, оккупационный терапевт способствует обучению тем навыкам, которые необходимы для адаптации и продуктивности. Терапевт также развивает, восстанавливает и укрепляет функциональные возможности. Он помогает клиенту сохранить здоровье и качество пребывания в хорошем состоянии.



У большинства клиентов никогда не было возможности приобрести те основные, элементарные, базисные навыки и способности, на которых в дальнейшем строятся остальные, более сложные и комплексные навыки. Клиенты с поведенческими нарушениями из-за своего поведения значительно ограничены в интеракции со средой и во взаимоотношениях с другими людьми. Задача оккупационного терапевта состоит именно в том, чтобы используя технику теории обучения, научить клиента, как приобрести новые навыки и помочь ему в изменении несоответствующего поведения или поведения, наносящего вред как личности самого клиента, так и другим людям.

У человека с ограниченными способностями может быть целый спектр навыков и способностей, которые он реально никогда не проявлял и не использовал. Таким образом, вместе с общим развитием и ростом не произошло развития видов деятельности и их переноса в реальное поведение, то есть приобретения опыта. Целью интервенции (вмешательства) оккупационной терапии является объединение знаний, основанных на опыте, со знаниями, основанными на навыках и способностях.

"Мы убеждены, что каждый человек обладает потенциалом, позволяющим совершить интегрированное функционирование, быть интегрированным вместе с другими людьми в различных обстоятельствах. Мы верим, что полное социальное соучастие является целью оккупационного действия" (Law et al., 2002, Kielhof-nen, 1997).

Оккупационная терапия

Обучение, основанное на опыте	↔	Обучение, основанное на навыках
-------------------------------------	---	---------------------------------------

Оккупационный терапевт работает над следующими вопросами:

- коммуникация;
- движение и позирование;
- выбор видов деятельности (активитов) и их классификация (группировка);
- оценка;
- обучение;
- включение;
- совместное участие;
- работа с другими членами команды и персоналом.

Оккупационная терапия работает с людьми любых возрастов, которым вследствие полученной травмы, проблем с психомоторным развитием или невыгодных социальных условий необходима специальная помощь. Так, например, в случае с детьми оккупационная терапия анализирует функции и виды деятельности, осуществляемые ребенком в отличной, особенной среде, обстоятельствах. В результате этого оккупационный терапевт устанавливает сильные и слабые стороны ребенка. Говоря

иными словами, он идентифицирует сильные и слабые стороны, чтобы в процессе интервенции (вмешательства) победить ограничения, свести их к минимуму, опираясь на сильные стороны, ресурсы и возможности. Оккупационная терапия развивает компоненты, являющиеся основой видов деятельности (активитов), что в дальнейшем способствует адаптации ребенка. Все это делается для того, чтобы ребенок приобрел желаемые для него и ожидаемые роли, и произошла его интеграция (включение) в социум (игра с ровесниками в детском саду, посещение школы и т. д.).

Кроме того, оккупационная терапия помогает пациенту избегать те стрессовые положения, которые сопутствуют хроническим заболеваниям. В то же время она помогает развитию навыка независимого функционирования у людей, которым требуется длительный уход. Исходя из этого, оккупационная терапия уменьшает расходы на лечение и уход и улучшает уровень жизни пациента и его семьи. Именно поэтому в программах по здравоохранению многих стран ей придается огромное значение.

Сфера деятельности оккупационной терапии не ограничена. Она многопланова и подразумевает работу, как с отдельными клиентами, так и непосредственно с обществом - социальными работниками, родительскими комитетами, архитекторами. Учет знаний оккупационного терапевта очень важен для архитектора, дабы были построены свободные от барьеров, адаптированные здания, которые позволят людям с ограниченными возможностями легко ими пользоваться, что существенно увеличит ценность самого дома для людей с физическими дефектами.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОККУПАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ УПРАВЛЕНИИ БОЛЕЗНЬЮ

Необходимо отметить, что оккупационная терапия является одним из важных звеньев в мультидисциплинарном подходе к лечению болезни. Вместе с тем, деятельность оккупационного терапевта подразумевает работу в мультидисциплинарной команде и активное сотрудничество с другими членами команды. Команда менеджмента (управления) ограниченных способностей осуществляет оценку моторных и ментальных функций клиента и идентификацию проблем с помощью классического осмотра, специальных тестов и шкал. В результате этого составляется специальная программа, которая осуществляется как в специальных учреждениях, так и в условиях обычной квартиры. Приоритетами мультидисциплинарного управления являются: коммуникация, социо-эмоциональное развитие, образование.

Постановка цели. Важнейшим аспектом работы мультидисциплинарной команды состоит в том, что клиент является членом команды. Это означает, что он активно участвует в процессе постановки цели. Мультидисциплинарная команда помогает клиенту определить далекие цели и наметить реалистичные ближние цели. В процессе постановки цели важнейшая роль отводится клиенту.

Взаиморезультативность, выработка единой программы. Члены мультидисциплинарной команды должны уважать профессии друг друга, ни одна из дисциплин не должна считаться самой важной или, наоборот, незначительной. Члены команды должны прийти к соглашению относительно методов оценки и стратегий лечения и разработать единую программу лечения и реабилитации. Члены мультидисциплинарной команды должны также согласовать, какие функции отводятся каждому из них и над чем каждый из них работает (должно произойти распределение ролей и функций).

Коммуникация в мультидисциплинарной команде. Хорошая коммуникация - предусловие успешной работы команды. Существуют различные каналы установления коммуникации в мультидисциплинарной команде. Одним из них является процесс совместного планирования целей (встреча). Эта встреча подразумевает согласованную постановку целей специалистами и распределение сфер работы. Желательны командные встречи для выработки членами команды последовательного подхода к клиенту. Кроме того, результат, полученный одним членом команды, может быть использован в своей работе другим специалистом.

В случае выполнения этих условий можно сказать, что мультидисциплинарный подход особенно эффективен в управлении ограниченных возможностей любого типа.

Где работают оккупационные терапевты?

Сфера, в которой приходится работать оккупационному терапевту, формируется в соответствии с требованиями конкретного учреждения или заказчика. Это поддержка детей, появившихся на свет раньше положенного срока (помощь в росте и развитии) - то есть ранняя интервенция; работа с дошкольниками и детьми школьного возраста, обладающими физическим или умственным дефицитом и характеризующимися вызывающим поведением; адаптация домашних условий для лиц, перенесших инсульт, имеющих ограниченное зрение или деменцию; работа с клиентами в посттравматический период; работа с беспризорниками, детьми - внутренне перемещенными и детьми-беженцами; планирование устройств (приборов, вспомогательных средств), их создание и инструктаж по правильному использованию; проведение исследований для измерения эффективности лечебных мероприятий.



Оккупационные терапевты работают в больницах, в амбулаторных условиях, школах, реабилитационных центрах, центрах психического здоровья, домах престарелых, медицинских клиниках, на дому у больных.

МОДЕЛЬ "ЛИЧНОСТЬ - СРЕДА - ОККУПАЦИЯ"

Целью оккупационной терапии является улучшение качества жизни людей с ограничениями различного рода, что подразумевает максимальное использование возможностей и навыков человека для лучшей адаптации к среде, а также для достижения максимального уровня их функционирования и независимости.

Взаимодействие личности, среды и Оккупации (деятельности) с самого начала было центральным вопросом оккупационной терапии, однако в «литературе не происходило достаточного его освещения. В последние 20 лет произошел переход на новую модель, который заменил интерактивный подход трансактивным.

Интерактивный подход подразумевал, что личность и среда существуют независимо друг от друга, а поэтому возможно их раздельное исследование. Исходной точкой трансактивного подхода является то, что личность и природа взаимоопределяют друг друга. Эта теория выдвинула на передний план и подчеркнула тот факт, что поведение определяется средой, и невозможно его рассмотрение вне контекста, времени, физических и психологических характеристик. Поскольку среда постоянно меняется, постоянно меняется и поведение, необходимое для достижения цели.

Проблемы человека с ограниченными возможностями всегда проявляются во взаимоотношениях со средой.



В среде находится множество мешающих условий, средств, преодоления которых очень немного. Поэтому проблематичным является взаимоотношение больных со средой, а не сам "изъян", которым они обладают. В последние годы внимание специалистов перенесено с изменения личности на изменение внешних условий. Задаются целью создать такую среду, в которой этим людям будет максимально облегчено функционирование.

Начиная с 70-80-х годов, ученые разных стран проводили множество исследований с различными группами больных для изучения взаимоотношений личности и среды и выработки общих критериев для обоснования теоретических основ и практической деятельности. На основе полученного материала, созданы классификации и вопросники, которые используются оккупационными терапевтами. На основе обмена опытом ученых разных стран была создана модель "личность - среда - оккупация", что имело для оккупационной терапии большое значение. Эта модель представляет собой основу практической деятельности и точно соответствует широким общественным интересам.



Законодательства таких развитых стран, как США и Канада, а также во многих европейских странах подразумевают выдвижение общественного характера здравоохранения на передний план (например, Акт инвалидов США - 1990). Для помощи больным в этой сфере необходимо тесное взаимодействие многих, на первый взгляд совершенно отличных друг от друга, специальностей, таких как психология среды, социальные науки, антропология, география, архитектура. Также, как и клиническая психология, оккупационная терапия органически включена в группу этих отраслей и вносит свой вклад в ее работу.

Модель "личность, среда, оккупация" состоит из трех компонентов:

I - личность

II - среда

III - оккупация (деятельность, занятие) Пересечение всех трех окружностей представляет оккупационное действие.

Основными понятиями модели являются: личность, среда, оккупация (деятельность) и оккупационное действие.

Рисунок 2

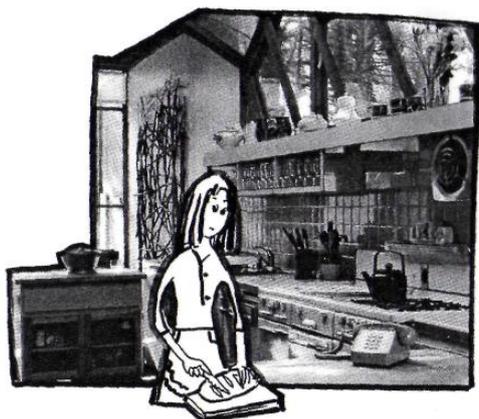


Личность есть уникальное существо, которые берет на себя одновременно несколько функций (ролей). Это динамичные роли, которые изменяются со временем и средой. У каждой личности есть комплект атрибутов (компонентов действия), к которым прибавляется жизненный опыт. Человек пользуется этими возможностями для установления связи со средой и другими людьми. Он достигает этого с помощью оккупационных действий.

Термин "личность" подразумевает познание человеком самого себя, персонального стиля, культурных и социальных основ и личных способностей или данных. Под личными способностями имеются в виду моторные, сенсорные познавательные способности и здоровье, в общем. Каждая личность использует комплект привычек, как врожденных, так и приобретенных, для включения в оккупационные действия (виды деятельности, имеющие для него целенаправленный характер).

Термин "среда" - широкое понятие. Существует множество видов среды: политическая, социальная, институциональная, физическая, экономическая, культурная. В понятии среды одинаково важны культурная и этническая сферы, социально-экономические условия, лечебные учреждения, больницы и другие учреждения такого типа. Кроме того, существует и физическая среда - дома, учреждения или другие здания, общественный транспорт и места общественного сбора.

Оккупационная терапия рассматривает человека не как отдельного взятого индивида, а на всех уровнях среды - на уровне родителей, членов семьи соседей и всего общества в целом.



Использование среды (в том или ином виде) само по себе диктует человеку нормы поведения. Например, в клубе небольшого городка можно провести концерт, политический митинг или церковный ритуал. Во всех трех случаях в мероприятиях примут участие, в принципе, одни и те же люди (население этого городка), но в каждом из этих случаев роль, поведение и оккупационное действие этих людей будет отличаться. Этот пример наглядно демонстрирует, насколько важна роль той среды (контекста), в которой осуществляется действие (Strong, et al., 1999).

Активит - задача - оккупация. Несмотря на то, что у трех понятий модели "личность

- среда - оккупация" есть собственные характеристики, все же целесообразно их совместное рассмотрение, поскольку между ними существует теснейшая связь. (Christianson, Baum 1991)

Активит - является основой задачи (ее базисом). Эта какая-нибудь (любая) деятельность, которая ежедневно осуществляется личностью (например, процесс письма).

Задача - есть единство целенаправленных действий, в которые вовлечена личность (например, обязательство написать доклад - задание).

Оккупация есть единство (набор) направленных на самого себя функциональных задач и активитов, в которые человек вовлечен и в которых принимает участие на протяжении всей жизни (например, профессия бухгалтера, которая подразумевает частое написание отчетов).

Эта деятельность - оккупация - в данном случае является составляющей частью индивидуальной профессиональной активности. Оккупации - это те различные действия (группа действий), в которые личность вовлечена для удовлетворения собственных внутренних потребностей.

Для правильного понимания и использования модели очень важны аспекты времени. Здесь рассматриваются ежедневное, еженедельное, сезонное или более длительное ритмическое поведение, осуществляемое личностью. Самой полноценной моделью времени является жизнь. Как видно на цилиндре (рис. 3), все три компонента меняются во времени. Например, на детей оказывает влияние деятельность родителей и семейная среда; вместе с взрослением человека взаимоотношения его со средой, в основном, основываются на общественном моменте и помимо семьи, включают множество других индивидов и групп людей.

Оккупационное действие является результатом взаимоотношений личности, среды и оккупации. Это динамичный опыт личности, вовлеченной в целенаправленную деятельность в соответствующей среде.

Согласно этим определениям, личность есть динамичное, мотивированное и развивающееся существо, которое постоянно взаимодействует со средой. Его личные данные (врожденные и приобретенные навыки) предопределяют это взаимодействие и качество оккупационного действия, направление и цель оккупационного вмешательства. Например, культурно-национальные корни человека практически не меняются, хотя его взгляды и поведение могут поменяться из-за перехода в другую религию, переезда на место жительства в другую страну, в ходе работы над собой или по множеству иных причин.

Для того чтобы лучше представить себе, что такое оккупационное действие, из каких компонентов оно состоит и какие внешние факторы оказывают на него влияние, рассмотрим его на рис 4.

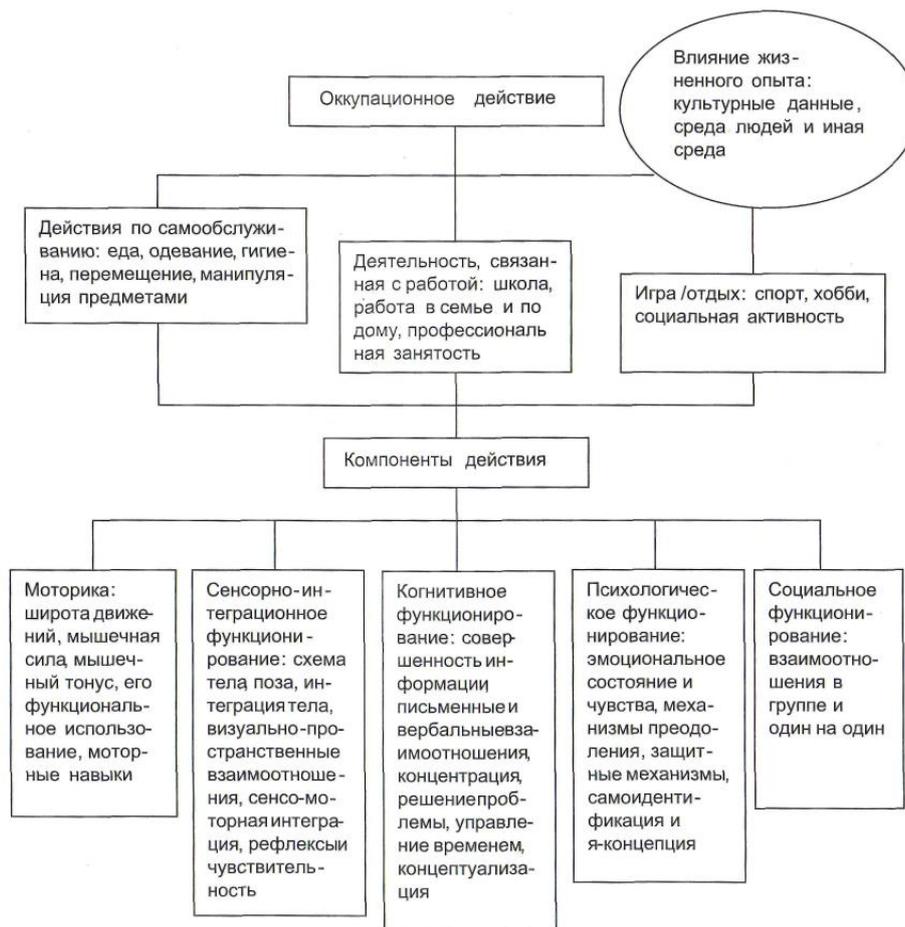


Рисунок 4. The occupational performance frame of reference. From the American Occupational Therapy Association, Inc: A Curriculum Guide for Occupational Therapy Educators, 1974.

Среда — это контекст, в котором личность осуществляет оккупационное действие. Среда определяет поведение и наоборот - она сама предопределяется этим поведением. Среда не статична и может содействовать или мешать оккупационному действию. Среда считается более изменчивой, чем личность (особенно когда речь идет о пациенте с ограниченными возможностями).

Оккупация - это целенаправленные, желаемые и ценные для личности виды деятельности, например: самообслуживание (питание, купание, личная гигиена), продуктивность (учеба, работа), отдых (активное и пассивное развлечение, хобби, путешествие, социализация). Оккупация связана с личностью, так как у человека есть внутренняя потребность к самозащите, самореализации и достижению цели. Оккупация включает виды деятельности и выполнимые задачи для достижения цели. Оккупации носят многосторонний и комплексный характер и представляют собой жизненную необходимость.

Оккупационное действие есть единый, динамичный процесс, измеряющийся во времени и пространстве. Оккупационное действие осуществляется путем взаимодействия компонентов - личности-среды-оккупации, в процессе которого участвует человек. Оккупационное действие требует регулирования конфликтов, периодически возникающих между средой и личностью. На протяжении жизни человек постоянно взаимодействует со средой и дает этим отношениям собственную оценку.

Совмещение (совпадение, согласие) компонентов модели - личность-среда-оккупация происходит тогда, когда все три компонента в течение длительного времени взаимодействуют, друг с другом во времени и пространстве. Под воздействием внешних условий совмещение возрастает или уменьшается. Чем больше перекрываются окружности, тем более гармонично взаимодействие всех трех компонентов, и возрастает

качество оккупационного действия. Например, человеку с ограниченными возможностями можно так обустроить среду, что возрастет оккупационное действие - за счет лучшего совмещения всех трех компонентов.



Возможно также оказание такого влияния, благодаря которому совершенствуется уже имеющийся навык или способность больного или его личные данные (в случае, когда невозможно изменить среду). И в этом случае оккупационное действие сохранится или его качество даже улучшится.

Модель имеет очень большое значение для оккупационной терапии:

- она дает возможность целевого вмешательства, которое позволяет различными путями влиять на личность, среду и оккупацию;
- выбор путей для достижения положительных изменений очень велик;
- модель дает возможность спланировать и осуществить интервенцию в различном контексте и на разных уровнях;
- возможно воспользоваться уже имеющимися на вооружении других отраслей науки приборами и системами измерений.

Коротко говоря, модель способствует усилению и улучшению клинической практики и научных основ оккупационной терапии. Например, можно рассматривать личность не только как человека, находящегося в условиях какого-то учреждения (больницы) или конкретной квартиры, но как индивида, члена семьи, члена определенного общества, жителя определенного района, региона или страны. На всех этих уровнях оккупационное действие может оцениваться с точки зрения культурных, физических и социальных характеристик среды, а также с точки зрения личных оккупационных данных. Это расширяет рамки вмешательства (интервенции) и увеличивает число стратегий, которые могут быть разработаны для помощи клиенту. Вмешательство (интервенция) оккупационного терапевта начинается с поиска и установления клиентом и врачом сильных и слабых сторон клиента и объяснения условий, препятствующих оккупационному процессу. Таким образом, становится ясна цель интервенции. Процесс оценки включает опрос, наблюдение за клиентом и заполнение специальных Опросников. На основе полученных данных определяется фокус и уровень вмешательства. Результаты же оцениваются по изменениям, достигнутым в оккупационном действии.

В основу модели "личность-среда-оккупация" были положены многочисленные ранние работы по вопросам оккупационной терапии, а в последнее время была добавлена концепция из сферы экологии. Обогащение старых основ новыми принципами делает модель более гибкой, становятся ясны и результаты интервенции (вмешательства), что выражается в улучшении совмещения компонентов модели "личность-среда-оккупация".

РОЛЬ ОККУПАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С МАРГИНАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ

Многочисленные исследования, проведенные в последние годы в различных странах Европы, показали, что все более насущным становится внедрение оккупационной терапии в такую нетрадиционную сферу как маргинальная популяция: беспризорные дети, внутренне перемещенные дети и дети-беженцы. Необходимо отметить, что очень многие проблемы, связанные со здоровьем, возникают от дисфункционального стиля жизни и внешних отрицательных социальных условий, таких как улица, война, насилие и т. д.

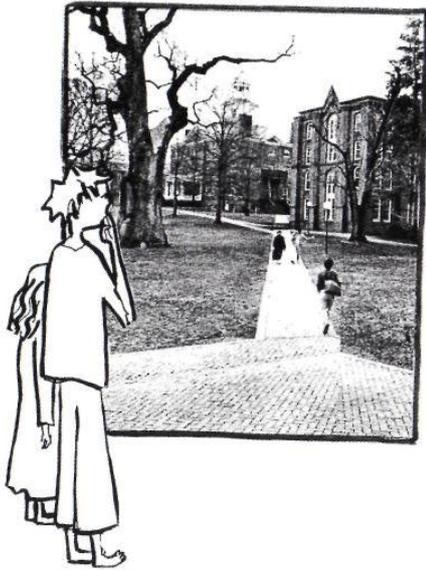
Необходимо, чтобы принципы и знания оккупационной терапии широко касались потребностей социума и были использованы в отношении такой сферы, как маргинальная популяция, с тем, чтобы осилить оккупационное изгнание и достичь социальной и оккупационной справедливости. Это означает создание такой среды, в рамках которой у человека есть возможность выбрать, сформировать ценную для него, целенаправленную, конструктивную деятельность, в которую он будет вовлечен. Это улучшит качество его жизни, здоровье и сделает его полноправным во многих аспектах жизни, таких как продуктивность, жилищные условия и др. (САОТ - Canadian Association of Occupational Therapy, 1997).

Беспризорные дети, как и дети -внутренне перемещенные, являются прямыми и непосредственными жертвами среды и обстоятельств, что называется **оккупационной депривацией**. Это положение вызывает у человека регресс определенных навыков и представляет собой результат социального, экономического и политического положения в стране. Оно обусловлено также действующими на человека факторами изгнания из общества, нестабильности семейных и интерперсональных отношений - то есть проблемы существуют на разных уровнях среды - макро-мезо - и микро уровнях.

Из-за влияния факторов, которые находятся вовне и не поддаются ее контролю, маргинальная популяция (в лице беспризорных детей, детей - внутренне перемещенных и детей-беженцев) лишена возможностей, с помощью которых осуществляется вовлечение в важные оккупации/виды деятельности.

Депривация не есть результат внутренних ограничений, она предопределяется внешним влиянием, для контроля которого личность не обладает достаточными ресурсами. В результате длительного пребывания в таком положении у детей возникают проблемы, связанные с педагогической и социальной запущенностью, они лишены возможности развивать соответствующие их возрасту навыки и способности: самообслуживания, игры, учебы, коммуникации, из-за чего достаточно часто возникает разрыв между ментальным и хронологическим возрастом ребенка.

У маргинальных детей часто отмечается травматический опыт, приобретенный ими в семье или в той среде, где им приходится проводить большую часть времени. В случае с беспризорными детьми травма в семейной среде является причиной их выхода на улицу. В случае же с внутренне перемещенными детьми и детьми-беженцами эта травма носит больше вторичный характер - ребенок сам непосредственно не является участником травмирующей ситуации, и приобретение травматического опыта происходит путем приобщения к опыту родителей и старшего поколения.



Попадая на улицу, ребенок становится изгоем в социальном и культурном понимании, общество относит его к маргинальной группе (поскольку он не живет по общепринятым для большинства, социально предопределенным нормам), а сам ребенок вовлечен в неадаптированные и нежелательные оккупации, такие как формирование банд, токсикомания, криминал, агрессивное поведение, которые представляют для него притягательную альтернативу. Таким образом, антисоциальное поведение является результатом депривации и лишения функций. Оно создает преграды на пути включения ребенка в социум и его интеграции. Дезинтеграция из социума в большой степени ограничивает формирование желаемых и адаптированных для ребенка социальных ролей, а также принятие обязательств в рамках этих социальных ролей.

Все вышеуказанное непосредственно влияет на духовность ребенка. Для обогащения духовности ребенка и его поддержки необходимо научить его чувствовать собственную значимость, нужно вовлечь его в важные оккупации (виды деятельности), поскольку человек развивается в соответствии с тем, чем он занят.

Поскольку основными парадигмами и ценностями оккупационной терапии являются социальная справедливость, ориентированность на личность или клиента, права человека, соучастие, реабилитация, основанная на обществе, она может и должна вплотную работать с маргинальной популяцией с целью ее усиления и оккупационной реабилитации. Это даст возможность этим людям вовлечься в оккупационное действие, то есть получить возможность целенаправленной и ценной для них деятельности.

Оккупационно-терапевтическая интервенция фокусируется на улучшении качества жизни и повышении уровня действий детей, используя важные, целенаправленные и ценные активности, такие как игра, каждодневные виды деятельности, культурные и социальные виды деятельности, уоркшопы по улучшению личных качеств, спортивные мероприятия, рукоделие, повышение сознательности, тренинг по адвокатури, ролевые игры и т.д.

Поэтому ясно, какая роль отводится оккупационному терапевту в деле улучшения здоровья человека - он помогает людям любого типа, нуждающимся в поддержке и испытывающим оккупационную дисфункцию, особенно тем, кто живет в тяжелых политических и социальных условиях.

Нужно отметить, что положение, которое мы называем оккупационной дисфункцией (когда человек не вовлечен в важную для него, целенаправленную деятельность, что, в свою очередь, влияет на уровень его жизни), может быть результатом телесных повреждений или умственных отставаний, однако оккупационная дисфункция может быть также вызвана экологическими или политическими причинами. Это положение достигло

размеров эпидемии во всем мире.

Оккупационный терапевт должен работать не только с пациентом, перенесшим инсульт, больным шизофренией или имеющим отставания в развитии, но также и с теми лицами, которые находятся под влиянием невыгодных условий среды.

В работе с детьми, когда-то пребывавших в условиях улицы или войны, цель оккупационного терапевта — помочь им максимально выявить и развить внутренний потенциал, что, в свою очередь, служит превенцией психологических результатов травмы.

Оккупационный терапевт может внести свой вклад в создании инклюзивного общества, в котором каждый человек сможет осознать и использовать свой потенциал.

РАБОТА С МАРГИНАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ В ГРУЗИИ

Для Грузии, так же, как и для многих других стран, острой и неотложной проблемой является существование такой маргинальной популяции, как беспризорные дети, дети - внутренне перемещенные и дети-беженцы. Именно эти группы являлись предметом нашего изучения и исследования в рамках краткосрочного проекта. В 2002 году только в Тбилиси было обнаружено 1400 беспризорных детей (UNICEF).

Задачей нашей группы было найти организации, которые в Грузии заняты данной проблемой, установить с ними связь и получить согласие на сотрудничество.

Последующей задачей было исследование актуальных проблем целевой группы. Окончательной задачей ставилось создание проекта, его дизайн и осуществление с использованием оккупационно-терапевтической интервенции.

Нами было найдено 3 организации, которые приблизительно с 1994 - 1995 гг. активно работают над проблемами подобного типа. Это Норвежский Совет по беженцам, "Ребенок и среда" и "Каритас-Гаврош". Каждая из них проявила большое желание участвовать в проекте и дала согласие на поддержку. Главнейшей целью осуществления проекта было повышение роли оккупационной терапии в работе с маргинальной популяцией. Для оценки потребностей были задействованы различные методы исследования, был сделан макро-анализ с использованием статей, опубликованных по данному вопросу, результатов, полученных в результате исследований местными неправительственными организациями, статистических данных.

В результате проведения оценки были выявлены или следующие оккупационные проблемы, характерные для маргинальной популяции в Грузии:

- социальное изгнание из общества/эксклюзия;
- травматизация;
- Феномен вторичной травмы внутренне перемещенных детей;
- оккупационная дисфункция в сферах самообслуживания, игры, учебы, продуктивности и отдыха;
- неадаптированное поведение - токсикомания, зависимость от лекарств, агрессия у беспризорных детей;
- ограниченность интересов;
- низкая самооценка и низкий уровень самосознания (не осознают сиюминутные и потенциальные возможности);
- неадекватные (несоответствующие возрасту и социальным нормам) социальные роли - более всего у беспризорных детей;
- дефицит способствующей и препятствующей среды в социо-экономической, политической и физической реальности;
- недостаток целенаправленных и обладающих значением видов деятельности.

Целевую группу проекта составили 60 детей (их всех трех организаций), и в нем приняло участие около 10 сотрудников организации. Проект осуществлялся в течение месяца с момента сбора данных (в апреле 2003 года).

С учетом вышеперечисленных оккупационных потребностей, **долгосрочной целью** нашего проекта было способствование социальной инклюзии (включения) маргинальных

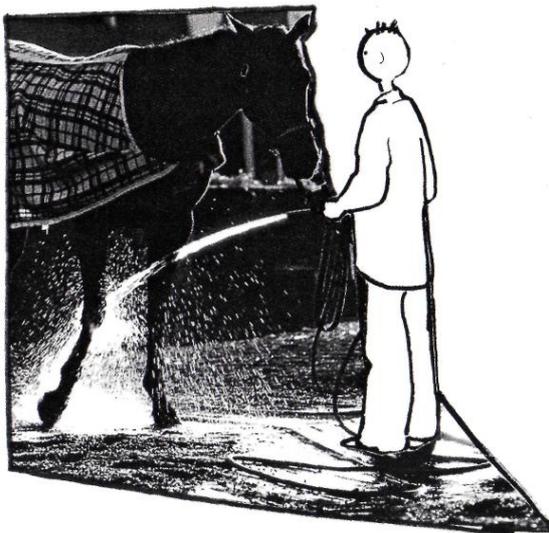
детей.

Специфические цели проекта:

1. Работа над развитием самосознания и связанных с ними характеристик (дать возможность осознать собственный потенциал);
2. Работа над улучшением и развитием социальной интеракции и коммуникации;
3. Работа над общественным сознанием (на макро и мезо-уровнях);
4. Непрямые формы работы с травматическим опытом;
5. Замена пассивной роли "изгнанника" ролью активного участника общественной жизни;
6. Повышение уровня знаний детей относительно прав Ребенка

Осуществление этих Мелей происходило с применением следующих активностей или оккупационных Форм:

- экспрессивная терапия: групповое и коллективное рисование; имидж-театр и свободные беседы;
- рукоделие - работа с глиной, шитье и вязание;
- культурные мероприятия - экскурсия в исторические части города;
- адвокатура (Advocacy Workshop) - ознакомление детей с их правами с помощью юриста и психолога;
- участие в спортивных играх;
- садоводство;
- игра, ролевая игра;
- социальная благотворительная акция (выставка-продажа детских рисунков).



Результаты:

Работа с маргинальной популяцией в Грузии еще раз подтвердила, что такая социальная отрасль, как оккупационная терапия может внести свой важный вклад в улучшение здоровья общества в целом и его социально незащищенного слоя, в частности.

Несмотря на множество проблем, с которыми пришлось столкнуться в процессе работы над проектом (небольшой опыт работы, недостаток времени и др.), мы все-таки можем сделать некоторые выводы: практика подтвердила, что работа с этими детьми на любом уровне более успешна, если для достижения цели оккупационные терапевты сотрудничают с различными специалистами: психологами, педагогами, юристами и др. Чрезвычайно эффективной оказалась работа с детьми - как важнейшими партнерами.

Определяющим фактором является работа на мезо- (организационном) и макро- (государство) уровнях, так как эти слои среды находятся в постоянной интеракции с личностными факторами.

Необходимо отметить, что с точки зрения эффективности очень большое внимание придается, в первую очередь, работе с кадрами (на организационном уровне) с помощью образовательных тренингов и с целью подачи информации, а затем и после этого - с детьми.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. A Curriculum Guide for Occupational Therapy educators, 1974.
2. Christianson H, Baum C, (1997) Occupational Therapy, Enabling, Function and Well-Being. Churchill Livingstone.
3. Cockburn, L, Trentham, B, (2002) Participatory action research: Integrating Community Occupational Therapy
4. Practice and Research, Canadian Journal of Occupational Therapy, 20-30.
5. Creek. J. (2002) Occupational Therapy and Mental Health, Lippincott Williams and Wilkins.
6. Grady, A. (1995) Building Inclusive Community: a challenge for Occupational Therapy, American Journal of Occupational Therapy, 49, 300-310.
- 7." Hagedorn» R. (2000) Tools for Practice in Occupational Therapy. Churchill Livingstone.
8. Hagedorn R. (2001) Occupational Therapy, Perspectives and Processes. Churchill Livingstone.
9. Hagedorn R. (2001) Foundation for Practice in Occupational Therapy, Churchil Livingstone.
10. Hopkins. L. Smith. D. (1993), Willard and Spackman's Occupational Therapy-Eighth Ed. /edited by J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
11. Kilhofner G. (1983), Health Through occupation, theory and practice in occupational therapy.
12. Kilhofner G. (2002), Model of Human Occupation, third ed. Lippincott Williams and Wilkins.
13. Kielhofner G. and Forsyt K. (1997) "The model of human occupation: an overview of current concepts", British Journal of Occupation Therapy. 60(3), 103-110.
14. Kronenberg F. (1999) Street Children: Being and Becoming, Research report, Hogeschool Limburg, the Netherlands, 1-42.
15. Low M et al. (1996) The Person-Environment-Occupation Model: A transitive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-22.
16. Simo Algado S. et al, (1997) Spirituality in a refugee camp. Canadian Journal of Occupational Therapy. 64(3) 138-145.
17. Simo Algado et al. (2002) Occupational Therapy Intervention with Children Survivors of War, Canadian Journal of Occupational Therapy, 69(4), 205-217.
18. Strong S. et al. (1999) Application of the Person-Environment- Occupation Model: A practical tool. Canadian Journal of Occupational Therapy, 66(3), 122-132.
19. Sumsion T (1999) Client- Centered Practice in Occupational Therapy: A guide for implementation, Churchill Livingstone.
20. Thibeault, R, Hebert, M. (1997) A congruent model for health promotion in occupational therapy, Occupational Therapy International, 4(4), 271-293.
21. The American Occupational Therapy Association, Inc. Bethesda, Maryland (2002), Occupational Therapy Practice
22. Framework Domain and Process. Draft XVII.
- 23Wilcock A. (1998) Occupational Therapy and Public Health, Chapter 9, An Occupational Perceptive of health, 221-251JSNB 15564233586, SLACK.
24. Whiteford G. (2000) Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium, British Journal of Occupation Therapy, 63(5), 200-204.

