

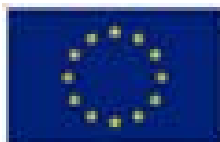
Е.В. Клочкова, С.Б. Мальцев

**Физическая терапия и эрготерапия
как новые специальности для
Республики Таджикистан**

Методическое пособие

**Душанбе
2010**

Данное методическое пособие создано и напечатано в рамках Проекта «Техническая помощь Программе поддержки секторальной политики в области социальной защиты – компонент по предоставлению услуг Таджикистану», финансируемого Европейским Союзом, как первая часть методических материалов для разделов «Введение в эрготерапию и социальную реабилитацию» и «Введение в физическую терапию и социальную реабилитацию».



Данный материал опубликован при поддержке Европейского Союза. Содержание публикации является предметом ответственности консорциума, реализующего проект, и не обязательно отражает точку зрения Европейского Союза.

© Проект «Техническая помощь Программе поддержки секторальной политики в области социальной защиты – компонент по предоставлению услуг Таджикистану», 2010
© Клочкова Е.В., Мальцев С.Б., коллектив авторов, 2010

I. Введение

Данное методическое пособие создано в рамках Проекта «Техническая помощь Программе поддержки секторальной политики в области социальной защиты – компонент по предоставлению услуг Таджикистану», финансируемого Европейским Союзом, как первая часть методических материалов для разделов «Введение в эрготерапию и социальную реабилитацию» и «Введение в физическую терапию и социальную реабилитацию».

В пособии описываются две новые для Республики Таджикистан специальности - эрготерапия и физическая терапия, развитие которых предусмотрено Проектом. Для этого, кроме официального включения новых профессий в Общереспубликанский классификатор профессий Республики Таджикистан, предусмотрено обучение группы специалистов основам физической и эрготерапии и внедрение нового типа услуг «Физическая терапия» и «Эрготерапия» в практику работы с людьми, имеющими те или иные ограничения жизнедеятельности¹.

Данное пособие может использоваться, как в процессе проведения образовательных программ по эрготерапии и физической терапии (как в рамках настоящего проекта, так и в будущем), так и для информирования широких слоев профессионалов, вовлеченных в оказание услуг людям с ограничениями жизнедеятельности, об этих новых для Республики специальностях.

В заключении отметим, что необходимость изменения структуры помощи людям с ограничениями жизнедеятельности и развитие эрготерапии и физической терапии в республике Таджикистан неоднократно подчеркивалась, как представителями министерств и ведомств, ответственных за развитие социальной политики в Республике Таджикистан, так и международными экспертами.

¹В соответствии с принятой Всемирной Организацией Здравоохранения в 2001 году Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) термин «ограничение жизнедеятельности» относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и ограничениям возможности участия в жизни общества. Использовать данный термин предпочтительнее, чем более привычные «люди с ограниченными возможностями» или «инвалиды».

II. Традиционная для стран бывшего Советского Союза модель организации реабилитационной помощи и реабилитация в других странах

Большинство читателей хорошо представляют себе организацию реабилитационной помощи людям с различными видами нарушений в странах бывшего Советского Союза. Однако, прежде чем подробно описывать ее отличия от «западной» системы реабилитации, остановимся на некоторых особенностях, которые, возможно, на первый взгляд незаметны, но именно они снижают эффективность программ помощи.

Итак, система реабилитации, которая в настоящее время действует в постсоветских странах, характеризуется, прежде всего, тем, что ресурсы помощи человеку с ограничениями жизнедеятельности и различными функциональными проблемами² разделены между учреждениями социальной службы, здравоохранения и образования. Так, например, ребенок с церебральным параличом может получать массаж, лечебную физкультуру и физиотерапевтические процедуры в медицинском реабилитационном центре и одновременно с этим ходить в центр дневного пребывания или в детский сад, где будет оказываться часть этих же видов помощи. Программы реабилитации, которые проводят различные учреждения, при этом никак друг с другом не координируются, информация о клиенте и его потребностях никак не передается от одного специалиста к другому, поэтому эффективность помощи в целом часто бывает низкой.

С другой стороны, даже в одном учреждении существует разделение на службу лечебной физкультуры, физиотерапии, мануальной терапии, рефлексотерапии, часто механотерапии. Работа каждой из этих служб, как правило, определяется имеющимися ресурсами и также никак не координируется друг с другом. Передача информации и командное взаимодействие между специалистами отсутствуют. При этом, хотя

²Термины «функционалирование» и «функциональные возможности» относятся к способности человека использовать свойственные обычным людям виды активности, то есть «функционалироваться» во внешней среде. Термин «функциональные нарушения», «функциональные проблемы» и «функциональные ограничения» используются в тех случаях, когда речь идет о нарушениях функции организма, например, двигательных функций, и нарушениях активности, например, нарушении способности самостоятельно передвигаться, которые препятствуют нормальному функционированию

усилия всех специалистов направлены на увеличение функциональных возможностей человека, рекомендации, которые каждый из них дает клиенту или его семье могут достаточно сильно отличаться друг от друга. Это тоже не повышает эффективность программ реабилитации.

Кроме этого, даже в рамках одного направления реабилитации работают люди с разным по уровню образованием, и существует иерархическая подчиненность одних специалистов другим. Так врач лечебной физкультуры назначает лечение и оценивает эффективность вмешательства, а инструктор или методист, выполняя рекомендации, проводит занятия. В этом случае вполне возможно, что именно у инструктора, а не у врача ЛФК возникает более тесный контакт с клиентом, именно инструктор видит ежедневные изменения, которые происходят, но принимать самостоятельных решений по изменению программы помощи он не может. В любом учебнике по менеджменту есть правило: эффективность общей работы падает, если ответственность за дело разделена между множеством работников. При этом она значительно повышается, если каждый несет ответственность за выработку стратегии и принятие решений в рамках своей профессиональной компетентности. Возможно, именно поэтому эффективность реабилитации в наших странах часто бывает низкой!

Наконец, современная реабилитация связана с использованием множества вспомогательных приспособлений и технических средств – от инвалидных колясок и ходунков до специальных приспособлений, облегчающих человеку процесс приема пищи, пользования туалетом, мытье и другие повседневные действия. В больницах, реабилитационных центрах и санаториях зачастую просто нет специалистов, способных грамотно назначить, выбрать и адаптировать такие приспособления для каждого конкретного клиента.

Все эти организационные недочеты, в конечном счете, влияют на эффективность программы реабилитации, которая оказывается конкретному клиенту. На упрощенной схеме организацию системы медицинской реабилитации можно представить следующим образом [см. Схему 1].

Схема 1. Специалисты, работающие в области реабилитации в странах бывшего Советского Союза



Если мы попытаемся проанализировать работу службы реабилитации за рубежом, то мы увидим, что в подавляющем большинстве случаев она организована совсем иначе. Так в большинстве стран существуют две независимые специальности – физическая терапия и эрготерапия. Далее мы опишем особенности каждой специальности, опираясь на документы Международной конфедерации физической терапии и Международной федерации эрготерапевтов. Но вначале остановимся на названиях специальностей, которые используются в русском языке.

Название специальности «физическая терапия» (PhysicalTherapy) и термины, которые используются для описания практики этой специальности в разных странах могут быть различными, и зависят, в основном, от исторических корней этой профессии в конкретной стране. Наиболее широко используемые названия — «физический терапевт», или «физиотерапевт», и «физическая терапия», или «физиотерапия». В постсоветских странах предпочтительнее использовать название «физический терапевт» и «физическая терапия», чтобы не возникло путаницы с имеющейся врачебной специальностью «врач-физиотерапевт». Для эрготерапии в разных странах также используются различные названия. Термины «эрготерапия» и «эрготерапевт» были приняты, как русский эквивалент терминов «OccupationTherapy» «OccupationalTherapist», в ходе реализации российско-шведского проекта по обучению российских врачей эрготерапии по согласованию с Международной федерацией эрготерапевтов (WFOT).

Если попытаться охарактеризовать, чем же занимаются оба эти специалиста, то кратко можно сформулировать так – физические терапевты помогают их клиентам в максимально возможной степени

развивать, поддерживать и восстанавливать двигательные и функциональные возможности, а эрготерапевты помогают в максимально возможной степени восстановить способность человека к независимой жизни. И эрготерапевты, и физические терапевты работают с людьми всех возрастов, они оказывают помощь клиентам с острыми, например, травма, и хроническими, например, церебральный паралич, проблемами. Ниже мы поясним, как именно работают эти специалисты, то есть каким образом они оценивают и интерпретируют данные оценки, как принимают решения и планируют вмешательство, какие способы вмешательства используют, как оценивают эффективность проводимых программ помощи.

Прежде, чем начать описывать эти профессии по отдельности, остановимся еще на одной важной детали. И физическая, и эрготерапия это отдельные и независимые специальности. То есть для того, чтобы стать эрготерапевтом или физическим терапевтом в западных странах нужно учиться этому с первого курса университета. Заметим также, что и эрготерапевты, и физические терапевты являются специалистами с образованием университетского уровня, то есть они закончили специальные отдельные факультеты в университетах, при этом их образование значительно отличается от образования врача или медицинской сестры. С первого курса студентов учат базовыми для любой специальности, связанной со здоровьем человека, дисциплинами, но все обучение подчинено задачам, которые в дальнейшем должны выполнять эти специалисты. Если студенты – будущие физические терапевты изучают анатомию, то это функциональная анатомия, потому что для того, чтобы помогать людям восстанавливать движение и активно функционировать, необходимо знать, каким образом взаимодействуют между собой анатомические структуры и что с ними происходит во время функционального движения. Для будущих эрготерапевтов необходимо более подробно знать эргономику и то, как люди выполняют те или иные виды деятельности, кроме этого, они сами должны уметь изготавливать простейшие приспособления для людей с различными видами нарушений [см. Таблицу 1].

Таблица 1. Физические и эрготерапевты и другие специалисты, оказывающие помощь людям с ограничениями жизнедеятельности

Физические терапевты и эрготерапевты в западных странах

- не врачи, хотя они имеют высшее образование и достаточно глубокие знания по анатомии, физиологии, патологии и другим дисциплинам, которые необходимы, чтобы работать с людьми, имеющими ограничения жизнедеятельности;
- не медицинские сестры, хотя они могут эффективно помогать в уходе даже за самыми тяжелыми больными и могут решить множество ежедневных проблем, связанных, например, с кормлением или трудностями при перемещении с кровати на инвалидную коляску;
- не тренеры и не педагоги, хотя они могут научить правильному движению или тому, как правильно выполнять тот или иной вид деятельности, а также разработать режим тренировок или помочь правильно выполнять самые разные упражнения;
- не специалисты по адаптивной физической культуре или спорту для людей с инвалидностью, хотя они тоже помогают людям с ограничениями жизнедеятельности улучшить свое состояние и найти свой путь социализации;
- не социальные работники, хотя они тоже вступают с клиентом и его близкими в тесные взаимоотношения, стремятся эффективно решать проблемы, возникающие каждый день, и помочь достигнуть максимальной независимости человека, которому оказывают помощь.

После окончания университета в больницах, различных центрах, школах и во всех тех местах, где работают эти специалисты, физические и эрготерапевты работают независимо, то есть в рамках своей профессиональной компетентности сами определяют, какая помощь необходима их клиентам. В тех странах, где эти специальности существуют, для получения помощи физического терапевта или эрготерапевта направлений врача или другого медицинского работника не требуется – человек может обратиться за помощью напрямую. И эрготерапевты, и физические терапевты не подчиняются врачам, а работают с ними, медицинскими сестрами и другими специалистами, как равноправные члены одной команды, имеющие одну конечную цель – помощь клиенту.

Именно командный принцип организации является одной из отличительных черт системы оказания помощи людям с ограничениями жизнедеятельности во многих западных странах. И физический терапевт,

и эрготерапевт участвуют в работе междисциплинарной команды, то есть группы специалистов, в которую входят врачи, медицинские сестры, физические терапевты, эрготерапевты, логопеды, психологи, педагоги и другие специалисты. Все они работают вместе и оказывающие помощь конкретному клиенту и его семье. В каждом конкретном случае команда формируется только из тех специалистов, помощь которых действительно нужна клиенту. Например, в команду, которая будет работать с человеком, перенесшим инсульт, будут входить медицинская сестра, врач-невролог, физический терапевт, эрготерапевт, и, если у клиента есть проблемы с коммуникацией, логопед, а для маленького ребенка с церебральным параличом это будет только педагог и физический терапевт. Работа в команде строится на партнерских взаимоотношениях между специалистами, все решения принимаются ими совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу. Кроме профессионалов, в команду входят сам клиент и, достаточно часто, его родственники или другие близкие ему люди. Кооперация с клиентом, членами его семьи или людьми из его ближайшего окружения – неотъемлемое условие успешной помощи.

Теперь начнем более подробное описание. Для обеих специальностей мы дадим определение, опишем обязанности этих специалистов, особенности процесса оценки, принятия решений и построения программы вмешательства.

III. Физическая терапия

Физическая терапия – это специальность, в которой применяются физические (естественные или природные) методы воздействия на клиента, основанные на движении, мануальном воздействии, массаже, рефлексотерапии и действии тепла, света, высоких частот, ультразвука и воды. В основном, методы, которые использует физический терапевт, основаны на движении. Физическая терапия – это область практики, которая направлена на помощь людям с функциональными, прежде всего двигательными, нарушениями. Эти нарушения могут быть врожденными или приобретенными, временными, прогрессирующими или непрогрессирующими, они могут быть связаны с травмой или заболеванием, но, так или иначе, они влияют на деятельность (активность) человека, и на его способность быть независимым в повседневной жизни.

Физических терапевтов часто называют специалистами в области движения. Сами физические терапевты считают движение человека, его восстановление и поддержание основным фокусом своей деятельности. Лучше всего значение движения для нашей жизни можно описать общеизвестной фразой: «Движение – это жизнь!». Движение начинается задолго до нашего рождения и прекращается с последним вздохом, любая наша активность связана с движением, движение помогает нам общаться с людьми, устанавливать социальные контакты, проявлять чувства. В любом нашем движении неразрывно переплетены физические, социальные и психологические факторы [4]. Например, вы поднимаетесь по ступенькам, ведущим в магазин. Если рассматривать это движение с точки зрения биомеханики и работы мышц, суставов и других анатомических образований, то это физический уровень движения. Ваше настроение, мотивация к действию, самочувствие составят психологические факторы, влияющие на то, как вы выполняете эту движение, например, это повлияет на скорость. От той социальной обстановки, в которой происходит движение, тоже будет зависеть его характер, «рисунки» и качество. Представьте себе разницу между тем, когда вы входите в хорошо знакомый магазин, и ситуацией, при которой вы должны войти в незнакомое место вместе с толпой других людей. Точно также и на движения клиентов физического терапевта – людей,

испытывающих трудности с функциональным движением – влияют физические, психологические, социальные факторы и разнообразные факторы внешней среды. В своей работе физический терапевт постоянно анализирует движение клиента, пытается найти причины для нарушений и, воздействуя на все многообразие важных для движения компонентов, стремится восстановить или поддержать способность клиента к движению на максимально возможном уровне.

Физическая терапия, как отдельная специальность, начала развиваться с конца 19 века. Но лечебная сила движения была известна людям еще с древних времен. В этом смысле физическая терапия использует естественное для человека стремление «не сидеть на месте», то есть двигаться. Однако современная физическая терапия это не просто набор механических движений или стандартных упражнений. Физический терапевт использует подробный анализ индивидуальных особенностей движения клиента, на основе данных многочисленных исследований выбирает необходимые методы воздействия и в процессе реализации программы помощи постоянно анализирует эффективность своих действий. В современной физической терапии применяются только методы, эффективность которых была доказана в ходе научных исследований. Иными словами, физический терапевт не использует подходы, которые «вроде бы не вредны» или «кажется эффективны».

Программы, которые проводит физический терапевт, ориентированы на функциональные проблемы конкретного клиента, к решению задач важных для его ежедневной деятельности и двигательной активности. Необходимо отметить, что физическая терапия опирается не на нозологическое понимание проблем клиента, то есть не на медицинский диагноз, а использует представления о том, каким образом различные нарушения структуры и функции организма влияют на способность человека к движению и функционированию. При этом целями физического терапевта будет предотвращение появления у человека с нарушениями структуры и/или функции организма ограничений *активности* и ограничений *участия в жизни общества*. В общем виде, физическая терапия, как область практической деятельности, направлена на повышение способности клиента к движению и функционированию, то есть, в физический терапевт воздействует на нарушения и ограничение активности,

с конечной целью – не допустить возникновения у клиента ограничений участия в жизни общества.

В обязанности такого специалиста входит:

- оценка функционального состояния клиента и окружающей его обстановки;
- определение целей вмешательства;
- планирование вмешательства;
- выбор конкретных методов и приемов вмешательства из имеющихся в его арсенале физических методов воздействия;
- самостоятельное проведение программы помощи клиенту;
- оценка изменений в состоянии клиента, которые произошли в ходе вмешательства, то есть проведение повторной оценки по ходу и в заключении проведения индивидуальной программы помощи;
- оценка эффективности вмешательства;
- подбор и адаптация необходимых вспомогательных средств и специального оборудования;
- обучение лиц, ухаживающих или помогающих клиенту, необходимым приемам помощи, а также тому, как правильно использовать специальное оборудование для помощи клиенту.

Рассмотрим, из чего складывается процесс физической терапии [см. Схему 2]. В общем виде это проведение оценки, планирование вмешательства, собственно проведение физиотерапевтического вмешательства и оценка изменений, которые произошли с клиентом в результате вмешательства. Как и в любой другой специальности, первое что делает профессионал – это собирает информацию о клиенте и формулирует терапевтическую гипотезу. Первоначальная информация собирается путем расспроса и анализа записей других профессионалов о клиенте и его состоянии. По сути – это подробный расспрос об истории настоящего состояния, анамнезе жизни, социальном анамнезе, поскольку, как мы уже говорили, конкретные условия жизни и окружающая клиента обстановка будут значительно влиять на его активность и участие в жизни общества. Как правило, после расспроса у физического терапевта появляется первая рабочая гипотеза, которая во

многим определяет методы оценки, которые выбирает физический терапевт.

Схема 2. Процесс физической терапии



Характеризуя оценку, которую проводят физические терапевты, необходимо отметить несколько ее принципиальных особенностей. Во-первых, оценка ориентирована на первоначальную гипотезу физического терапевта о конкретных проблемах, которые вызывают ограничения активности клиента, и о том, каким образом можно улучшить его состояние с помощью физической терапии. Например, ребенок со спинномозговой грыжей не может поддерживать позу сидя, следовательно, не может сидеть независимо. Это та функциональная проблема, с которой мама обратилась к физическому терапевту. Первоначальная гипотеза, которую выдвигает физический терапевт такова: «Ребенок не может поддерживать позу сидя из-за спинальных нарушений и, возможно, из-за того, что не умеет использовать сохранные двигательные возможности». В этом случае оценка, с одной стороны, будет направлена на определение характера нарушений ребенка, то есть оценку мышечного тонуса, силы мышц, контрактур и деформаций. С другой стороны, физический терапевт будет стремиться оценить возможности функционирования ребенка в повседневной жизни и возможности компенсаторного использования сохранных движений, потому что вмешательство будет опираться именно на доступные ребенку движения. Во-вторых, те конкретные методы оценки, которые использует физический терапевт, зависят как от первичных проблем

клиента, так и от предполагаемой программы вмешательства. Например, выбранный способ оценки мышечного тонуса будет зависеть от характера проблем клиента и первичной гипотезы о его состоянии. В нашем примере для ребенка со спинномозговой грыжей потребуется подробная посегментарная оценка мышц, так как от результатов этой оценки во многом будет зависеть план вмешательства. С другой стороны, для ребенка с синдромом Дауна достаточно будет описать сниженный тонус как легкую, среднюю или тяжелую гипотонию – подробная оценка не потребуется, так как снижение тонуса носит неизменный характер и незначительно влияет на выбор тактики вмешательства. И, наконец, физический терапевт выбирает такие методы, которые можно будет использовать при повторной оценке для описания изменений, произошедших в ходе вмешательства. Например, если мы оценивали позу сидя у ребенка с церебральным параличом, то для этого необходимо выбрать способ, дающий четкие критерии или количественные характеристики, ведь только так результаты двух последовательных оценок можно будет сравнить между собой. Следует заметить, что в процессе проведения оценки и анализа ее результатов первичная гипотеза, которая была сформулирована в самом начале, может не подтвердиться. В этом случае, физический терапевт формулирует новую гипотезу и вновь по результатам оценки подтверждает ее или признает ошибочной.

Таблица 2. Оценка физического терапевта

Оценка:

всегда проводится с учетом физических, психологических и культуральных потребностей индивидуумов и сообщества;

всегда проводится с активным участием клиента (с учетом его способностей), его родителей и/или ухаживающих;

направлено на оценку нарушений структуры и функции организма и активности индивида, связанных с его способностью к функциональным движениям и функциональными видами активности, а также на оценку важных с точки зрения способности к движению и функциональным возможностям факторов окружающей среды и личностным факторам;

включает оценку риска развития и/или прогрессирования вторичных осложнений, связанных с недостатками ухода, низким уровнем активности клиента и неоптимальными положениями тела в течение дня;

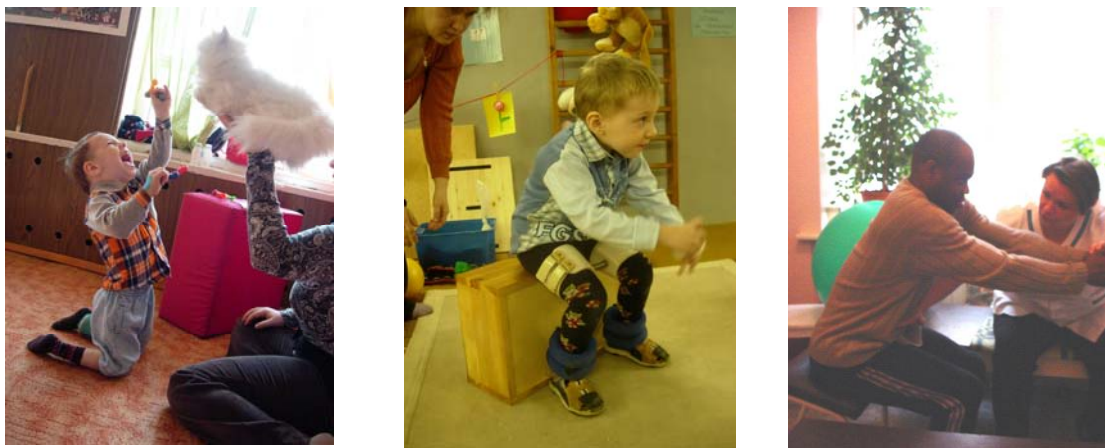
включает оценку факторов риска окружающей среды, физических и социальных факторов риска.

По результатам оценки формулируется список проблем, в который включается то, на что, в соответствии с гипотезой, будет направлено вмешательство физического терапевта. Этот список может включать не все нарушения или ограничения активности, выявленные в ходе оценки. Почему это происходит? Это возможно, например, если у клиента выявлено очень много нарушений, и нам необходимо сузить объем вмешательства, так как попытки одновременно решить слишком большое количество проблем скорее всего будут неэффективными. С другой стороны, часть нарушений, как, например, гипотония у ребенка с синдромом Дауна, могут носить статический характер и бессмысленно включать это нарушение в список, ведь эту проблему все равно не удастся решить в ходе вмешательства. Кроме этого, планируя программу помощи, физический терапевт записывает проблемы в список в порядке их важности для клиента и для эффективности вмешательства.

Следующий этап планирования программы физической терапии – это составление плана вмешательства. В план входят описание способов и приемов, которые будет использовать физический терапевт для решения каждой проблемы, вошедшей в список. Как мы уже говорили, видов вмешательства, которыми владеют физические терапевты, очень много – это все физические или природные методы воздействия. Однако, необходимо еще раз вспомнить, что физические терапевты стремятся помочь их клиентам сохранять, поддерживать и восстанавливать движение. Именно движение является фокусом для физической терапии. Движение пронизывает всю жизнь человека и влияет на все аспекты его функционирования в мире – мы двигаемся, вступая в коммуникацию, двигаемся, когда выполняем какую-то деятельность, нормальные движения необходимы для выполнения всех социальных ролей, присущих человеку любого возраста. Общеизвестно, что движения можно восстановить только с помощью активного обучения движению, это всегда активный процесс, и ни один пассивный метод воздействия не научит клиента как нужно двигаться. Приведем простой пример. Для того, чтобы научиться кататься на велосипеде, человеку необходимо взять велосипед и отправиться на улицу, только падая, вставая и вновь пытаясь поехать, он будет учиться новым двигательным навыкам.

Никому не придет в голову пройти курс массажа или иглорефлексотерапии для того, чтобы, улучшив функцию мышц, обучиться кататься. Не поможет даже тренировка силы отдельных мышц на тренажерах, несмотря на то, что сильные мышцы необходимы для катания. Точно так же человек с двигательными нарушениями может освоить новый двигательный навык только с помощью активного движения. Именно поэтому физиотерапевтическое вмешательство основано на использовании функциональных движений (то есть движениях, которые имеют смысл и функционально значимы), а всем остальным способам воздействия отводится вспомогательная роль [см. Рисунок 1]. Кроме этого, необходимость обучения клиента движению определяет активную роль самого клиента в процессе вмешательства. Физический терапевт стремится стимулировать двигательную активность самого клиента, поддерживая и усиливая необходимые компоненты движений и ограничивая патологические образцы движений. Поэтому обучение клиента, его родственников или людей, которые за ним ухаживают, является одним из важнейших элементов эффективного физиотерапевтического вмешательства.

Рисунок 1. Активное движение – основа вмешательства физического терапевта



Обязательной частью плана лечения является постановка целей физиотерапевтического вмешательства. Цели соотносятся со списком проблем и индивидуальной программой вмешательства, при этом каждая цель должна быть:

- специфичной, то есть направленной на решение конкретной проблемы клиента;

- измеримой, то есть для каждой цели вмешательства физический терапевт должен подобрать специфический способ измерения, который позволит оценить эффективность вмешательства;
- достижимой и реалистичной, то есть такую цель можно достигнуть за период времени, на протяжении которого планируется проводить физиотерапевтическое вмешательство;
- ориентированной во времени, то есть каждая цель ставится на определенный промежуток времени, в течение которого планируется достичь эту цель.

Цели, которые ставятся на весь период вмешательства, называются долгосрочными, а цели, достижение которых планируется за более короткий срок, – краткосрочные. Кроме этого, все цели обсуждаются и формулируются совместно с клиентом и/или его близкими и обсуждаются с другими членами междисциплинарной команды.

Программа вмешательства может проводиться у клиента дома или в специальном центре, занятия физического терапевта могут быть частыми, например, в отделении интенсивной терапии даже несколько раз в день, или с клиентами, имеющими хронические проблемы, очень редкими. Вмешательство может быть направлено на то, чтобы снизить боль, увеличить диапазон движений в суставах, увеличить силу мышц, увеличить переносимость клиентом физической нагрузки, улучшить координацию и способность поддерживать равновесие, улучшить позу. Кроме этого, усилия физического терапевта будут направлены на то, чтобы препятствовать возникновению у клиента вторичных осложнений, то есть контрактур, деформаций, пролежней и других повреждений мягких тканей, инфекций. Физические терапевты применяют специальные приемы перемещения и ручного обращения с клиентом [см. Рисунок 2], используют придание клиенту правильного положения тела (позиционирование) [см. Рисунок 3], умеют правильно использовать технические средства реабилитации. Стремясь поддержать максимально возможный уровень активности клиента и достичь функциональных целей, специалисты организуют вмешательство в естественных условиях среды и вокруг тех задач, которые необходимы клиенту в обычной жизни. Например, если клиенту необходимо научиться подниматься по лестнице, чтобы самому добраться до своей квартиры,

то для этого необходимо увеличить силу икроножных мышц. В этом случае можно или придумать для этого упражнения и использовать тренажеры, или тренировать необходимый навык, то есть подниматься по лестнице регулируя высоту ступенек и количество подъемов. С точки зрения физической терапии лучше в качестве упражнения использовать лестницу. Для детей всегда используется игровой контекст специальным образом организованной среде. Это необходимо потому, что ребенок учится движению точно так же, как и любым другим новым навыкам, только через игру. Для того, чтобы проиллюстрировать это, мы приводим несколько фотографий из реальных занятий физического терапевта.

Рисунок 2. Приемы перемещения и ручного обращения. Переход из положения лежа в положение сидя и помощь при ходьбе



Рисунок 3. Позиционирование в положении лежа



Изменения, которые происходят в процессе физической терапии, записываются после каждого занятия и кроме этого, фиксируется дата достижения каждой цели вмешательства. Эффективность вмешательства оценивается с учетом субъективного мнения клиента о тех изменениях, которые произошли в его состоянии за время терапии и

с помощью данных повторной объективной оценки. Полученные результаты сравниваются с результатами предыдущих оценок. Любые зарегистрированные изменения анализируются, на их основе планируется новый этап вмешательства с новыми целями и новым планом лечения. Как мы видим, сбор информации о клиенте, планирование, проведение вмешательства и оценка его эффективности ориентированы на конкретные проблемы клиента и терапевтическую гипотезу. Такой подход носит название проблемно-ориентированного.

Физические терапевты работают с клиентами всех возрастов от недоношенных младенцев до пожилых людей. Они оказывают помощь в больницах, в амбулаторных учреждениях, посещают клиентов дома, работают в школах и детских садах, центрах дневного пребывания для людей с нарушениями или пожилых людей, реабилитационных центрах – то есть везде, где людям с различными видами функциональных нарушений необходимы их профессиональные знания и помощь. Физические терапевты начинают работать с клиентами в острой стадии, то есть как можно раньше после нарушения, травмы или заболевания, чтобы способствовать как можно более полному восстановлению функциональных нарушений или, если это невозможно, для того, чтобы препятствовать возникновению ограничений активности и участия в жизни общества. Кроме этого, физические терапевты работают на более поздних этапах реабилитации, участвуют в различных профилактических программах и программах продвижения идей здорового образа жизни.

Еще раз подчеркнем, что вмешательство физического терапевта направлено на нарушения, которые есть у клиента, и ограничения его активности, а с помощью этого и на ограничения его участия в жизни общества. Это необходимо сделать для того, чтобы отделить подходы физической терапии от, например, занятий спортом и других видов деятельности, которые направлены на поддержание уровня активности и полноценное участие человека с нарушениями в социальной жизни.

IV. Эрготерапия

Эрготерапия – это специальность, которая по сравнению с другими специальностями системы реабилитации, появилась относительно недавно, а именно после Первой мировой войны. Однако, упоминания о терапевтическом влиянии занятости на человека, а также практическое использование подходов, лежащих в основе эрготерапии, можно найти еще до нашей эры. Так, Сократ считал, что существует зависимость между физическим и психическим здоровьем человека. «Человек обязательно должен заниматься каким-либо трудом, а не только предаваться развлечениям, в ином случае он не может иметь хорошее состояние тела и духа». Еще 500 лет до н.э. Целий Аурелиус говорил, что чтение и прогулки могут использоваться для лечения.

Основные принципы эрготерапии были описаны в 1919 году Джорджем Дантоном в книге «Восстановительная терапия» и до настоящего времени являются своеобразным кредо эрготерапии:

- деятельность для человека столь же необходима как еда и питье;
- у каждого человека должна быть как умственная, так и физическая деятельность;
- деятельность должна иметь для клиента смысл и вызывать в процессе ее выполнения положительные эмоции;
- больные разумом, телом и душой могут быть исцелены с помощью деятельности.

Сегодня эрготерапия – это специальность, которая основывается на научно доказанных фактах о том, что целенаправленная, имеющая для человека смысл активность (деятельность) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические).

Целями эрготерапии является:

- Выявить имеющиеся нарушения, восстановить либо развить функциональные возможности человека, которые необходимы ему в повседневной жизни (активности);
- Помочь человеку с ограничениями жизнедеятельности стать максимально независимым в повседневной жизни путем восстановления (развития) утраченных функций,

использования специальных приспособлений, а также адаптации окружающей среды;

- Создать оптимальные условия для развития и самореализации человека с ограниченными функциональными возможностями через его «занятость» в различных сферах жизнедеятельности и, в конечном счете, улучшить его качество жизни.

В эрготерапии термин «занятость» (occupation) относится не только к работе или трудотерапии. Термин «занятость», в контексте эрготерапии, характеризует различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл. Занятость в эрготерапии принято разделять на активность в повседневной жизни, активность в работе и продуктивной деятельности, активность в игре, отдыхе и увлечениях.

Активность в повседневной жизни включает в себя:

- мероприятия по личной гигиене (уход за волосами, умывание, использование туалета и др.);
- одевание;
- прием пищи;
- соблюдение правил, необходимых для поддержания и сохранения здоровья;
- социализацию;
- функциональную коммуникацию и подвижность;
- возможность быть мобильным в обществе;
- удовлетворение сексуальных потребностей.

Активность в работе и продуктивной деятельности:

- выполнение домашних обязанностей (уход за одеждой, уборка квартиры, приготовление еды, поддержание чистоты и безопасное проживание в квартире);
- заботу о других людях;
- возможность обучаться чему-либо новому;
- исследовательские виды деятельности (выбор специальности, поиск работы, выполнение работы, планирование ухода на пенсию, добровольное участие в чем-либо).

Активность в игре, отдыхе и увлечениях:

- возможность выбора игры, отдыха, увлечений;
- возможность выполнять необходимые действия во время отдыха и игры.

Эрготерапевт стремится улучшить возможности клиента жить полноценной жизнью в соответствии с его желаниями и потребностями в контексте окружающей его физической, социальной и культурной среды [см. Таблицу 3]. Так, если для самого ребенка с двигательными нарушениями и его родителей в настоящее время очень важно, чтобы он был мобильным в пределах своего дома, то и учить его перемещаться в инвалидной коляске мы будем не где-нибудь, а дома.

Таблица 3. Что означает «Улучшить возможности клиента жить полноценной жизнью». Иллюстрация из практики

Рассмотрим в качестве примера женщину 60 лет перенесшую инсульт. Она нуждается в посторонней помощи каждый раз, когда ей необходимо принять душ. Самостоятельное выполнение данного вида деятельности является очень важным и имеет смысл для этой женщины, так как до инсульта она принимала душ ежедневно. Кроме этого, ей тяжело осознавать, что она является обузой для других людей и на вопрос о том, что является наиболее важным для нее в области самообслуживания, клиентка ответила – самостоятельно принимать душ. Таким образом, поставленная клиентом совместно с эрготерапевтом задача является для женщины и ее семьи важной, клиент является основным лицом, которое заинтересованно в ее достижении. Также, в процессе обучения необходимым для мытья в душе навыкам и выполнению данного вида деятельности у клиентки улучшатся функциональные возможности: равновесие, выносливость, способность планировать действия, повысится самооценка и так далее, что в конечном итоге улучшит ее качество жизни.

Одной из отличительных черт эрготерапии является то, что по своей сути это междисциплинарная специальность. Она объединяет и использует знания медицины, специальной педагогики, психологии, психиатрии, социологии, биомеханики, эргономики и других областей.

Эти знания используются эрготерапевтом для максимально возможного восстановления или развития способности клиента к независимому функционированию в повседневной жизни. В связи с этим становится понятным, что термин «трудотерапия», который чаще всего ассоциируется у специалистов с принудительным лечением трудом или работой, является некорректным для перевода английского термина «Occupational Therapy».

Эрготерапевты работают с людьми всех возрастов, у которых есть физические, когнитивные, эмоциональные или психические нарушения, и у которых в результате имеющихся нарушений возникли ограничения активности и/или участия в жизни общества в таких областях, как самообслуживание, продуктивная деятельность и досуг. В своей работе они не только анализируют как влияют те или иные нарушения структуры и функции клиента на его активность и участие в жизни общества, но и учитывают при этом влияние *личностных факторов* и влияние *факторов окружающей среды* (социальных, физических, экономических) на функционирование клиента. В целом задачей эрготерапии является не допустить возникновения ограничений жизнедеятельности у человека с теми или иными нарушениями и функциональными ограничениями, путем использования активностей, имеющих для него смысл и направленных на достижение максимально возможного уровня его функционирования, независимости в повседневной жизни и улучшение его качества жизни.

Основные подходы в эрготерапии

- Клиенту должна оказываться высококвалифицированная помощь, которая направлена на улучшение качества его жизни.
- Наиболее важные ресурсы эрготерапии сам клиент либо родители, если клиент – ребенок. Клиент, совместно с эрготерапевтом, ставит долгосрочные и краткосрочные цели вмешательства. Их общая задача – помочь раскрыть и использовать собственный потенциал клиента и его желание достичь поставленной цели.
- Эрготерапевт является членом междисциплинарной команды. Только в совместной работе междисциплинарной команды и

клиента и/или его близких мы можем достигнуть позитивных результатов.

- Клиента следует рассматривать в контексте окружающей среды во всем ее многообразии от физических, до экономических и климатических факторов, с учетом их взаимного влияния и при условии их активного и постоянного взаимодействия.
- Взаимоотношения эрготерапевта и клиента должны характеризоваться как открытое, основанное на взаимном доверии партнерство.

Как уже было описано, активность или целенаправленная деятельность является одним из основных средств эрготерапии. В своей практике эрготерапевт использует ее для достижения различных целей. Во-первых, определенная активность сама по себе может являться *целью вмешательства*. Например, целью может быть освоение какой-то игры или увеличение репертуара игры у ребенка 5 лет со спастическим тетрапарезом. Во-вторых, активность может использоваться как *метод вмешательства*. Например, ребенку со спастическим гемипарезом мы будем предлагать играть в такие игрушки, которые будут стимулировать развитие билатеральных навыков³, то есть будут побуждать малыша использовать обе руки во время игры. В-третьих, активность является *методом оценки* возможностей клиента. Мы можем предложить клиенту какую-либо активность, которая имеет для него смысл, и он знает, как она выполняется, например, предложить приготовить бутерброд. Теперь, 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).

³ То есть таких навыков, при выполнении которых необходимо использовать обе руки. Примером бимануальных навыков может быть игра в мяч, накачивание колеса велосипеда ручным насосом, нарезание овощей ножом.

В эрготерапии отношения с клиентом и его родственниками строятся не по принципу «прописывания» лечения, где врач или другой специалист знает, что необходимо клиенту для скорейшего выздоровления. Основа работы эрготерапевта – сотрудничество и равноправные отношения с клиентом, при которых клиент и/или его родственники являются людьми, которые совместно со специалистом определяют план и проведение программы вмешательства.

Процесс эрготерапии состоит из нескольких этапов: включения клиента в программу эрготерапии, оценки, постановки целей, выбора методов и проведения программы терапии и оценки изменений, которые произошли с клиентом за время вмешательства. Также как и физические терапевты эрготерапевты ориентируются на индивидуальные проблемы клиента и используют проблемно-ориентированную систему ведения записей.

Эрготерапевт принимает клиента для проведения программы вмешательства, если у него есть соответствующие жалобы, а также при наличии у него ограничений активности в повседневной жизни, либо при угрозе их появления. Чаще всего эрготерапевт является членом междисциплинарной команды специалистов, в которую обычно входят: физический терапевт, логопед или специальный педагог, врач, психолог, медсестра, социальный работник и других специалистов, если их участие необходимо для решения проблем конкретного клиента. Но в некоторых случаях вмешательства других специалистов не требуется. Очень часто эрготерапевты и физические терапевты проводят программу помощи клиентам совместно.

Задача, которую ставит перед собой эрготерапевт в процессе оценки – получить всестороннее понимание о возможностях и уровне функционирования клиента в повседневной жизни, о влиянии физических и социальных факторов окружения на его активность, а также о существующих культуральных особенностях.

Оценка может включать в себя интервью с клиентом и его родственниками, использование различных стандартизированных тестов, шкал, наблюдение в процессе выполнения искусственно созданной или в обычной для клиента обстановке. Для оценки эрготерапевт выбирает те методы, которые впоследствии могут быть использованы для оценки эффективности вмешательства.

В процессе оценки возможностей клиента, постановки целей и при планировании вмешательства эрготерапевты используют так называемый нисходящий подход. При этом во время беседы с клиентом и его семьей, эрготерапевт сначала получает информацию об условиях жизни, потребностях и желаниях клиента и членов семьи, о том, в каких ситуациях возникают основные проблемы, об ожиданиях клиента от вмешательства. На следующем этапе – оценке – специалист стремится получить информацию об уровне активности клиента в самообслуживании, продуктивной деятельности и отдыхе, и зависимости уровня его активности от влияния физических и социальных факторов среды. И только на заключительном этапе происходит оценка нарушений структуры и функции, которые есть у клиента, и их влияния на его активность⁴. Например, если окружающая среда полностью адаптирована под потребности клиента, он не испытывает никаких проблем с самообслуживанием, работой и отдыхом – такой клиент не нуждается во вмешательстве эрготерапевта, несмотря на то, что нарушения структуры и функции у него сохраняются. Примером может послужить человек, у которого много лет назад была ампутирована нога на уровне средней трети голени. Он полностью адаптирован в повседневной жизни, у него есть хороший протез, несмотря на то, что нарушения структуры организма сохраняются, вмешательство эрготерапевта в этом случае не нужно.

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 клиента в процессе вмешательства эрготерапевта. Совместно с клиентом формулируются долгосрочные, 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 в ролевой игре вместе с другими детьми или возможность пожилой женщины ходить в магазин и делать покупки). Краткосрочные цели очень конкретны, каждая краткосрочная цель

⁴ Таким образом эрготерапевт выявляя проблемы клиента движется сверху вниз – от условий жизни к активности клиента и лишь затем к нарушениями структуры и функции. Поэтому такой подход и был назван нисходящим.

ориентирована на достижение ее в течение короткого времени через 2-3-4 недели. Примером краткосрочной цели может быть: «Через 2 недели Варя самостоятельно вытаскивает руки из рукавов в процессе раздевания».

На этапе планирования вмешательства важным этапом является выбор методов вмешательства. Вследствие того, что на выбор метода вмешательства влияет не медицинский диагноз, который есть у клиента, а имеющиеся ограничения жизнедеятельности, то чаще всего эрготерапевты используют комбинацию нескольких методов. В эрготерапии существует огромное количество моделей для вмешательства, которые используются для клиентов с разными проблемами и для различных целей.

В целом вмешательство эрготерапевта может быть направлено:

1. На самого клиента
2. На окружающую его среду
3. На активность

Рассмотрим подробнее каждое из этих направлений.

Вмешательство эрготерапевта, направленное на клиента

Как уже говорилось выше, основная цель эрготерапевта – сделать клиента независимым в повседневной жизни. Для достижения сформулированной вместе с клиентом краткосрочной цели необходимо, чтобы у него, во-первых, была мотивация к ее достижению, а во-вторых, чтобы те навыки, которыми он овладел, использовались в повседневной жизни. При этом, у клиента постепенно будут развиваться функции, которые необходимы для эффективного выполнения этой активности. Рассмотрим такой вид активности, как самостоятельное одевание у ребенка со спастической диплегией. Если мы выберем как объект для вмешательства ребенка, то мы будем пытаться мотивировать его одеваться самостоятельно, постоянно создавая ситуации, которые необходимы для этого [см. Рисунок 4]. Например, можно стимулировать использование навыков одевания в детском саду, где все дети одеваются самостоятельно.

Рисунок 4. Вмешательство направлено на клиента – мальчик с церебральным параличом все время раздевается самостоятельно

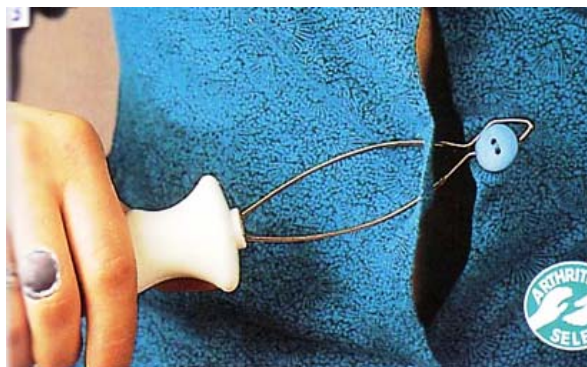


Вмешательство, направленное на изменение или адаптацию окружающей среды

Как уже говорилось, влияние окружения клиента на его уровень активности может быть стимулирующим или лимитирующим. Для детей с двигательными нарушениями физическое окружение является очень важным фактором. Для этой группы клиентов необходимо, чтобы оно было доступным и комфортным. Эрготерапевт может адаптировать предметы, которыми пользуется клиент (столовые приборы, одежду, компьютер, и т.д.), обстановку (установить поручни, подобрать мебель, изменить расположение предметов в комнате, убрать пороги, расширить проемы дверей и т.д.) или подобрать необходимое специальное оборудование (инвалидная коляска, ходунки, приспособления для захвата предметов и застегивания пуговиц и т.д.). В нашем случае с ребенком со спастической диплегией для развития навыка самостоятельного одевания мы можем адаптировать стульчик, сидя на котором он будет одеваться, добавив спинку и подлокотники. Также можно использовать специальный поручень, на который он сможет опереться в положении стоя, чтобы освободить руки для одевания.

Следующим направлением вмешательства может быть адаптация, изменение поставленной задачи или использование специальных приспособлений для того, чтобы найти более функциональный и рациональный путь выполнения необходимых действий [см. Рисунок 5].

Рисунок 5. Примеры адаптации



Вмешательство, направленное на активность

Это адаптация, изменение поставленной задачи для того, чтобы найти более функциональный и рациональный путь выполнения необходимых действий. Всегда можно разбить необходимый вид деятельности на небольшие шаги, и последовательно обучать клиента их выполнению. Если мы вернемся к нашему примеру, то с целью облегчения выполнения задачи (самостоятельное одевание), мы будем обучать ребенка, разбив выполнение данной активности на этапы: вначале будем предлагать только просунуть ноги в штаны, затем немного натянуть штаны на ноги, и т.д.. Важным элементом вмешательства эрготерапевта является поддержка мотивации клиента и поддержка у клиента ощущения успешности в выполнении действия.

Родственники и все, кто вовлечен в помощь клиенту, должны знать уровень помощи, необходимой, чтобы выполнение задачи не было для него слишком легким или слишком сложным. Эрготерапевт обучает самого клиента и близких ему людей, как можно стимулировать тот или иной вид деятельности, и каким образом можно включать обучение и тренировку в повседневную жизнь. В нашем примере обучение эрготерапевта может фокусироваться:

- на облегчении самостоятельного одевания – мы можем выбрать одежду, которую будет легче одевать (заменить молнию на «липучки» или использовать одежду из эластичной ткани);
- на подборе оптимальной позы для того, чтобы ребенку было легче одеваться;
- и, наконец, на том, как разбить одевание на этапы.

При проведении вмешательства эрготерапевт всегда стремится:

- предотвратить риск развития ограничений активности или прогрессирования имеющихся у клиента ограничений;
- улучшить уровень активности клиента или достичь такого уровня активности, который необходим для независимости в повседневной жизни;
- подобрать и использовать вспомогательные средства, специальное оборудование, а также адаптировать окружающую среду (дома, в школе, на работе) для того, чтобы улучшить качество жизни клиента.

Оценка возможностей и потребностей клиента, а также программа эрготерапии обычно проводится в естественном для человека окружении – дома, в детском саду, в школе, на работе, – так как выполнение любой задачи зависит от мотивации клиента и среды, в которой она выполняется. Бывают ситуации, когда, например, ребенок может самостоятельно одеться дома, но не делает этого в незнакомом месте.

Оценка изменений, которые происходят в результате проведения программы вмешательства, проводится совместно с клиентом на основании использованных для оценки методов и поставленных целей.

Для того, чтобы понять, каким образом физические терапевты и эрготерапевты могут анализировать проблемы клиента, определять цели вмешательства и способы помощи, мы включили в данное пособие описание клинического случая.

V. Программа физического терапевта и эрготерапевта. Описание случая⁵

Даня – ребенок с дискинетической формой церебрального паралича и расщелиной верхней губы и неба, – улыбчивый и жизнерадостный мальчик. Он живет с родителями и младшим братом. Мы познакомились полтора года назад, когда мальчику был 1 год 6 месяцев в Санкт-Петербургском Институте раннего вмешательства. Тогда Даня мог произносить только однообразные хриплые звуки, почти не пользовался жестами, его мимика была очень скудная и маловыразительная. Он не умел самостоятельно садиться, вставал, только подтягиваясь за мебель, не сидел без поддержки, не ползал, но мог неустойчиво ходить, держась за две руки. Даня не мог точно дотянуться до предмета, ему трудно захватывать и манипулировать игрушками. В Институте раннего вмешательства Даня начал заниматься один раз в неделю с физическим терапевтом и один раз в неделю со специалистом по коммуникации. Эрготерапевт несколько раз посещал ребенка дома.

Сейчас Даня уже подросток, ему три с половиной года. У мальчика появился младший брат, которого он очень любит. Кроме этого в течение последнего года Даня начал ходить в интегративную группу детского сада, в которой вместе находятся дети с нарушениями и дети с обычным развитием. Он по-прежнему не может разговаривать, но уже более года успешно общается с помощью жестов. Его двигательные возможности значительно расширились – сейчас Даня может самостоятельно сделать 10-20 шагов, развернуться и пойти в противоположном направлении, но он очень неустойчив в вертикальной позе и поэтому не использует самостоятельную ходьбу в детском саду. В несколько месяцев назад с Даней кроме физического терапевта стал регулярно заниматься эрготерапевт. В области самообслуживания Даня научился снимать с себя эластичные брюки и свитер. Даня очень настойчивый мальчик, поэтому под руководством мамы и специалистов он старается обучиться различным навыкам, несмотря на имеющиеся двигательные нарушения и ограничения.

Учитывая, что Даня ходит в детский сад, а у его родителей появились дополнительные обязанности, связанные с появлением младшего брата, семье Дани и специалистам необходимо пересмотреть существующую программу помощи с учетом новых важных обстоятельств.

Физический терапевт

Даня мальчик с дискинетической формой церебрального паралича, у которого, кроме трудностей с поддержанием положения тела в пространстве, есть неконтролируемые движения (гиперкинезы). За последнее время он значительно усовершенствовал свои двигательные навыки – он может самостоятельно пройти около двадцати шагов,

⁵Данный случай подготовлен Е. Клочковой и Л. Антоновой в 2003 году [1].

повернуться и идти в противоположном направлении, сам садится и встает со стула. Однако, в незнакомой обстановке Даня предпочитает по-прежнему ползать на четвереньках. Естественно, родителям мальчика очень хотелось бы, чтобы он начал ходить больше по времени и использовал этот способ передвижения всегда, когда это необходимо. Сам Даня тоже хочет лучше научиться ходить.

Основными препятствиями для более уверенной ходьбы могут быть: неуверенность Дани и страх падений из-за недостаточной способности контролировать положение тела в пространстве и возникновения неконтролируемых движений; и, кроме этого, недостаточная выносливость. Мальчик тратит очень много энергии на поддержание вертикальной позы, поэтому ему «не хватает» сил, чтобы ходить, и он выбирает более легкий способ перемещения. Исходя из этой гипотезы, и была построена оценка двигательных нарушений и активности Дани, результаты которой приведены ниже [см. Таблицу 1].

Таблица 4. Результаты оценки двигательных нарушений и связанных с ними ограничений активности

Ограничения активности	Нарушения
<p>Отставание в двигательном развитии: почти не использует ходьбу для передвижения, не может ходить быстро, огибать препятствия, изменять скорость ходьбы;</p> <p>Не может надежно поддерживать равновесие в положении стоя и сидя и переходить из одного положения в другое, что ограничивает его игру и взаимодействие со сверстниками;</p> <p>Не может контролировать положение верхних конечностей и кисти, что ограничивает манипулятивные возможности и использование мелких движений кисти для игры и самообслуживания;</p> <p>Боится потерять равновесие и упасть, особенно в положении стоя и сидя с</p>	<p>Меняющийся мышечный тонус.</p> <p>Неконтролируемые движения – атетоидный гиперкинез в дистальных отделах конечностей преимущественно верхних.</p> <p>Неадекватная способность поддерживать положение тела против действия силы тяжести:</p> <p>Недостаточные реакции равновесия: Недостаточность защитных реакций и реакций поддержания равновесия;</p> <p>Постоянно использует руки для поддержания равновесия в позе стоя и во время ходьбы.</p> <p>Неадекватное качество движений: Недостаточная способность переносить вес при переходе из одного положения в другое;</p>

недостаточной опорой, что ограничивает функциональное использование этих положений.	Недостаточная способность контролировать движения – множество синкинезий, нарушение селективности движений; Недостаточное использование ротации туловища. Вальгусная деформация обеих стоп.
Сильные стороны	
Хорошая мотивация к движению и использованию новых сложных двигательных навыков.	Сила мышц достаточная.

План вмешательства

Сейчас Даня ходит в детский сад, а в его семье растет младший брат, поэтому родители не могут встречаться со специалистами очень часто. Но, учитывая, что все взрослые в семье очень хорошо понимают проблемы ребенка и много с ним занимаются, вполне приемлемой формой работы в этом случае будут периодические встречи, на которых будет проводиться повторная оценка, постановка целей и совместная с родителями выработка программы для занятий дома.

Список проблем

1. Ограниченные возможности самостоятельной ходьбы и высокий риск падений;
2. Сниженная способность поддерживать равновесие в положении сидя и стоя.

Мы сознательно ограничиваем этими двумя пунктами список проблем, поскольку ориентироваться на слишком длинный список было бы трудно для родителей. Почему первая и, соответственно самая важная, проблема связана с ходьбой? Во-первых, потому, что в настоящий момент это самая важная проблема для родителей и для самого Дани – именно недостаточная уверенность при ходьбе ограничивает активность мальчика. Во-вторых, ходьба и упражнения, связанные с ходьбой являются отличной тренировкой контроля за положением тела в пространстве и равновесия.

Цели вмешательства

В этом случае мы не будем подразделять цели на долгосрочные и краткосрочные, поскольку встречи с семьей достаточно редкие. Цели, которые приведены ниже, рассчитаны на период до следующей консультации, в нашем случае это лето, которое Дня проводит на даче. Они сформулированы так, чтобы родители могли сами оценивать успехи Дани и определять, когда они достигли целей.

1. Через 2 месяца Дня ходит дома по комнате и из комнаты в комнату, выполняя простые задания. Например:
 - Всегда сам ходит мыть руки – доходит из комнаты в ванну;
 - Идет в прихожую одеваться;
 - Приносит небольшие легкие предметы, перемещаясь из одного помещения в другое.
2. Через 2 месяца Дня проходит без опоры 10 шагов в горку и под горку по ровной поверхности (угол наклона до 5 градусов).
3. Через 2 месяца Дня делает два приставных шага в каждую сторону без опоры.
4. Через 2 месяца Дня может в течении 5 секунд сохранять положение стоя, если одна нога стоит на ступеньке высотой 10 см., а вторая нога находится на полу.

Для оценки эффективности вмешательства мы будем ориентироваться на субъективные сведения, полученные от родителей Дани– как часто мальчик использует ходьбу, выбирает ли он ходьбу сам или ходит только по просьбе. Кроме этого, необходимо использовать тесты, которые позволят оценить нам риск падений (например, тест поворот на 360 градусов), скорость ходьбы, равновесие в положении стоя и сидя (тесты на дотягивание вперед и в сторону в положении сидя и стоя).

Кроме способов вмешательства, которые напрямую вытекают из сформулированных нами целей (ввести ходьбу в режим дня, учиться ходить в горку и под горку, тренироваться ставить одну ногу на ступеньку и сохранять такое положение во время игры), в качестве рекомендаций родителям можно предложить следующее:

- В положении сидя подавать предметы Дани таким образом, чтобы ему необходимо было переносить вес и тянуться за пределы площади опоры вперед или в стороны. Увеличивать расстояние дотягивания очень постепенно, каждый раз начиная подавать предметы близко, и затем отодвигая их подальше.
- В положении стоя выполнять действия, которые связаны с поддержанием вертикальной позы и выравниванием тела по средней линии – мыть посуду, умываться, играть у стола в положении стоя – увеличивая таким образом время стояния.
- Использовать дополнительное проприоцептивное подкрепление для контроля за позой в положении стоя и сидя – стоять и играть, прислонившись спиной к стене, сидеть в углу комнаты, сидеть на стуле, положив подушку на бедра.

Эти виды вмешательства, с одной стороны, тренировка контроля за позой и равновесия в более легких положениях (сидя), а, с другой стороны, тренировка важных функциональных навыков в положении сидя и стоя, и введение их в повседневную активность Дани.

- Ходить, держась за две подвижные опоры, например, за две параллельно натянутые веревки.
- Ходьба по «полосе препятствий» – ходить на небольшие расстояния, но, меняя направление движения (следовать нарисованной дорожке), обходя препятствия (расставленные предметы) и переступая через мелкие предметы, разложенные на полу.

Безусловно, физическому терапевту хотелось бы многое изменить в детском саду таким образом, чтобы Дани и там активно тренировал необходимые навыки, однако, в настоящее время это невозможно.

Эрготерапевт

Имеющиеся у Дани нарушения (меняющийся мышечный тонус, нарушение контроля за произвольными движениями, непроизвольные движения (гиперкинезы), нарушение контроля за положением тела сидя и стоя, коммуникативные проблемы и т.д.) негативно влияют на его

активность в повседневной жизни. Как уже было сказано, несколько месяцев назад с Даней кроме физического терапевта стал заниматься и эрготерапевт.

Во время первичной оценки активности Дани были получены следующие результаты:

1. Даня значительно отстает от сверстников в области самообслуживания:

Навыки приема пищи:

- не может самостоятельно есть ложкой или вилкой даже густую пищу;
- не удерживает кружку и не может из нее пить.

Навыки раздевания:

- не расстегивает пуговицы и застёжки «молния»
- не снимает ботинки
- не может снять с себя уличную одежду.

Навыки одевания:

- самостоятельно может надеть шапку;
- в остальных задачах – полная зависимость от взрослых.

Навыки, связанные с личной гигиеной (туалет, умывание, мытье рук и тела, использование носового платка, и т.д.):

- может сообщить о потребности сходить в туалет;
- может помыть руки под струей воды;
- в остальных задачах – полная зависимость от взрослых.

При обсуждении с мамой результатов оценки, она отметила, что основное внимание семьи в отношении развития Дани в большей степени было направлено на развитие его коммуникации и движений. Таким образом, практически полная зависимость Дани от взрослых в повседневной жизни не рассматривалась родителями как проблема.

2. Легкое отставание от возрастной нормы в области социального развития за счет отсутствия вербальной речи – словарь жестов мальчика ограничен, часто только мама понимает жесты, которые показывает Даня (жесты трудно понимать из-за имеющихся у него двигательных нарушений). Кроме этого в целом у мальчика небольшой опыт общения со сверстниками (он только несколько месяцев назад стал ходить в детский сад),

поэтому чаще всего в группе Даня не включается в совместные игры, а смотрит, как играют другие дети.

3. Мобильность и развитие крупной моторики (см. описание физического терапевта).
4. Значительное отставание в развитии и функциональном использовании мелкой моторики:

Рисование:

- У Дани сохранился примитивный захват карандаша «сверху», который не соответствует его возрасту и не дает возможности делать целенаправленные движения во время рисования;
- Недостаточный контроль за движениями рук и гиперкинезы, затрудняют рисование даже простой фигуры (пересекающиеся прямые), сложно начать рисунок в том месте, где хочет мальчик – часто выходит за границы листа размером А4;
- Во время рисования использует движения всей руки, а не изолированные движения кисти и пальцев;
- Даня не может изменить положение карандаша с помощью небольших движений пальцев руки, в которой находится ручка.

Игра с пазлами и мозаикой:

- Может вставлять крупные пазлы, однако, Дане сложно делать мелкие движения пальцами для поворота детали;
- Не может вставить крупные детали мозаики, а лишь случайно попадает в отверстия.

Постройка башни:

- Предпочитает играть с конструктором (крупные детали);
- Может поставить 3 кубика друг на друга.

Расстегивание пуговицы на образце:

- Даня может расстегнуть пуговицу, только резко рванув детали двумя руками в разные стороны.

Использование альтернативных навыков письма:

- Даня вполне успешно печатает на компьютере, используя для этого подставку для запястья.

5. Сужение репертуара игры:

У Дани за счет имеющихся двигательных нарушений значительно сужен репертуар игры. Например, Даня любит играть в машинки, придумывает

множество различных сюжетов и ситуации, но он может играть только с определенными машинками, форма и размер которых соответствуют его двигательным возможностям. Оценить уровень развития игры у Дани очень сложно в связи с тем, что на его игру очень сильно влияют двигательные нарушения. По результатам наблюдения эрготерапевта и родителей, вероятно, развитие игры соответствует возрасту. В сюжетные игры Даня чаще всего играет с мамой, так как она лучше всех понимает коммуникативные сигналы сына. Они вместе сочиняют сюжеты и рассказы, используя жесты и картинки.

В процессе наблюдения за тем, как Даня выполняет различные виды активности, было выявлено, что основные сложности в самообслуживании, игре, мелкой моторике связаны с ограничением двигательных возможностей мальчика – контроле положения тела, особенно в вертикальных положениях, и произвольными движениями, особенно в верхних конечностях, – планированием и последовательностью действий, восприятием пространства. Сильной стороной Дани является его хорошее внимание и концентрация, сильная мотивация к завершению начатого действия, хорошее воображение и память, хорошая способность адаптироваться к новым условиям.

Для планирования программы вмешательства необходимо знать о том, как влияют особенности физического окружения Дани на его активность и участие в жизни общества. В результате оценки эрготерапевт выявил:

1. Для увеличения способности перемещаться из одной точки в другую Даня пользуется ходунками дома. К сожалению, для прогулок в большинстве случаев родители используют коляску, в которой мальчик пассивно сидит, либо стимулируют его ходить самостоятельно. Таким образом, на улице Даня ходунками почти не пользуется. Безусловно, это ограничивает его активность – он не может далеко уходить от дома или вынужден перемещаться на дальние расстояния, пассивно сидя в коляске. Кроме этого, это ограничивает возможности ребенка участвовать в играх с другими детьми.

2. Обстановка дома во многом не создает условий для того, чтобы стимулировать Даню функционировать независимо:

- нет специальных поручней в туалете и в коридоре, на которые мальчик может опереться. Это необходимо для того, чтобы в положении стоя он мог расстегнуться, самостоятельно снять или надеть одежду;
- нет адаптированных под доминирующую руку и двигательные нарушения мальчика ложек, вилок, ножниц, карандашей, кисточек и т.д., а обычными инструментами Даня пользоваться не может;
- одежда Дани имеет большое количество пуговиц и застежек. При обучении навыкам самостоятельного одевания Дане, учитывая его двигательные нарушения, требуются очень большие усилия, чтобы, например, натянуть джемпер через голову или просунуть руки в рукава;
- функциональные возможности Дани очень сильно зависят от позы, в которой он выполняет какую-либо активность. Например, чтобы Даня мог рисовать, ему требуется подобрать специальный стул для того, чтобы положение тела было максимально стабильным.

План вмешательства

Также как и физический терапевт, эрготерапевт не может встречаться с семьей Дани часто. Кроме этого, Даня ходит в детский сад, и предстоящее лето – это хорошая возможность для него научиться новым навыкам, а осенью начать использовать их в детском саду.

После обсуждения с семьей были выбраны следующие направления вмешательства:

1. Обучение Дани навыкам самообслуживания – самостоятельный прием пищи, одевание, гигиенические процедуры;
2. Развитие необходимых для выполнения поставленных задач двигательных возможности (мелкую моторику, координацию, силу, контроль за движениями и т.д.);
3. Подобрать Дане такие положения тела для игры и выполнения важных видов деятельности, которые бы были для него

максимально комфортны, и облегчали бы выполнение поставленных задач;

4. Изменить и адаптировать физическую обстановку дома так, чтобы увеличить независимость Дани от окружающих людей.

Цели вмешательства

Приведенные ниже цели вмешательства также рассчитаны на предстоящее лето. Поскольку эрготерапия является для Дани и членов его семьи новым видом вмешательства достаточно большое внимание будет уделяться обучению родителей. Цели вмешательства сформулированы на основании данных оценки активности, имеющихся у Дани нарушений, а также оценки влияния физического и социального окружения мальчика на его активность в повседневной жизни:

1. Члены семьи знают, каким образом они будут учить Даню самостоятельно принимать пищу и какие специальные приспособления нужны для этого, умеют правильно располагать приборы на столе, чтобы мальчику было удобно есть самому.
2. Через 1 месяц Даня ест самостоятельно 10 мин. в начале каждого приема пищи дома, используя адаптированную утяжеленную ложку со специальной большой ручкой для более удобного захвата, загнутую под углом 100 градусов.
3. Через 1 месяц во время каждого приема пищи Даня всегда самостоятельно тянется к специальной кружке с двумя ручками и начинает самостоятельно пить из нее.
4. Члены семьи знают, каким образом они будут обучать Даню самостоятельно снимать с себя одежду и одеваться, и каким образом они могут изменить одежду мальчика, чтобы ему было легче справиться с этим.
5. Через 1 месяц после ночного и дневного сна Даня сам начинает одевать каждый предмет одежды, в течение первых 5 мин. мама помогает ему только с помощью словесных инструкций.
6. Через 1 месяц после прогулки, когда необходимо переодеться, Даня сам начинает снимать каждый предмет одежды, в течение первых 5 мин. мама помогает ему только с помощью словесных инструкций.

7. Члены семьи знают, каким образом они могут изменить обстановки дома для облегчения функционирования Дани и профилактики травм, и как правильно с эргономической точки зрения располагать предметы вокруг него.
8. Через 1 месяц на даче Даня, используя ходунки для перемещения на дальние расстояния, может пройти на прогулке 30 минут.
9. Члены семьи знают, каким образом они будут учить Даню рисовать и какие специальные приспособления нужны для этого, умеют правильно располагать и закреплять лист бумаги на столе.
10. Даня рисует каждый день, при этом обязательно копирует прямые линии, пересекающиеся в разных направлениях под разными углами.

Для оценки эффективности вмешательства мы будем ориентироваться на мнение родителей и других членов семьи о том, насколько мальчик достиг поставленных целей вмешательства. Кроме этого, необходимо использовать специальные методы оценки навыков мелкой моторики и навыки самообслуживания.

Опишем некоторые элементы вмешательства, которые необходимы Дане:

Во-первых, для того, чтобы выполнить любую из поставленных задач от самостоятельного приема пищи и одевания до рисования Дане нужны достаточные контроль за позой и крупными движениями, равновесие и координация движений – невозможно контролировать более мелкие и точные движения в неустойчивой позе и при недостаточном контроле за крупными движениями. Поэтому для выполнения любой из вытекающей из целей терапии задач Дане необходимо подобрать такие положения тела для игры, в которых он чувствовал бы себя максимально комфортно и устойчиво, и которые облегчали бы выполнение поставленной задачи. Например, если в детском саду дети группы сидят на полу и рассказывают друг другу истории, то, когда очередь рассказывать историю дойдет до Дани, наиболее комфортным и устойчивым положением для него будет поза сидя на коленях, опустив ягодицы на пол между разведенных ног(поза W) – в этом положении мальчику не нужно думать о поддержании позы и сохранении

равновесия, и он сможет эффективно использовать руки для жестов или показа картинок.

Во-вторых, необходимо развивать необходимые для выполнения поставленных задач навыки мелкой моторики, координацию, силу, контроль за теми движениями, которые непосредственно связаны с новыми навыками, которые Даня в настоящее время осваивает. Для этого мы будем использовать разнообразные игровые ситуации. Например, вместе с мамой Дани были придуманы игры, которые стимулируют развитие его функциональных возможностей, необходимых для самостоятельного приема пищи: соревнование между родителями и Даней, кто быстрее соберет мелкие предметы ложкой из коробки и т.п.

Кроме этого, для достижения многих поставленных целей необходимо адаптировать задачи под возможности Дани. Поэтому эрготерапевт порекомендовал использовать специальные приборы для приема пищи, изменить одежду, которую носит Даня, адаптировать домашнюю среду под потребности мальчика и обучать Даню альтернативным навыкам письма (более широко использовать печатание на компьютере).

Для облегчения движения руки с ложкой ко рту и предотвращения высыпания пищи во время движения необходимо было подобрать адаптированную утяжеленную ложку, со специальной большой ручкой. Для того, чтобы мальчику было легче держать кружку, доносить ее до рта и пить, ему нужна специальная кружка с двумя ручками, а для облегчения захвата пищи ложкой и предотвращения ее вываливания из тарелки – специальная тарелка.

С мамой Дани обсуждался вопрос, об изменении одежды, которую носит ребенок – ему будет легче справиться с одеванием и раздеванием, если на одежде будет минимальное количество пуговиц и застежек, если одежда будет из эластичной ткани, свободного покроя и с широким воротом.

Для облегчения самостоятельного функционирования Дани и профилактики возникновения травм необходимо провести некоторые изменения обстановки в квартире и на даче, особенно в тех местах, где мы планируем учить мальчика новым навыкам – это прежде всего поручни в раздевалке и туалете. А также эргономичное расположение предметов, чтобы Даня мог самостоятельно достать и снять одежду с

крючка, смог, когда это необходимо, дотянуться до туалетной бумаги и т.д. С другой стороны, необходимо использовать любую возможность для увеличения самостоятельности мальчика в использовании тех навыков, в которых он чувствует себя уверенно. Так, если Даня будет чаще использовать ходунки на улице, в том числе во время прогулок на длительные расстояния, это увеличит его силу и выносливость, а также будет способствовать его независимости от взрослых.

При совместном обсуждении с мамой режима дня мальчика было выбрано время, когда Даня может тренироваться в выполнении новых задач, не нарушая распорядка жизни всей семьи (см. перечень целей). Постепенно необходимо вводить новые навыки в ежедневный распорядок, давая Дане все большую самостоятельность.

Отдельно мы выделили вмешательство, направленное на развитие контроля за движением рук, в том числе во время рисования и письма, так как в будущем это необходимо для выполнения школьной программы. Кроме подбора правильной функциональной позы для рисования, подбора и адаптации ручки, карандаша или кисточки (более тяжелые, с удобным захватом и т.д.), необходимо начинать рисование с простых крупных фигур на большом листе бумаги.

Изменение отношения родителей к нарушениям Дани, его возможностям и обязанностям в семье

Описывая программу вмешательства физического и эрготерапевта, мы останавливались на необходимости обучения родителей. По сути дела, в данной ситуации именно родители, а не специалисты будут исполнителями программы вмешательства – на даче, когда они будут проводить больше времени с ребенком, им придется включить необходимые элементы вмешательства в повседневную жизнь семьи. Но для того, чтобы родители начали это делать, нам необходимо достичь с ними взаимопонимания по еще одному важному вопросу.

Вспомним, что в своем описании эрготерапевт останавливалась на том, что до настоящего времени родители считали важным лишь тренировку навыков крупной моторики (прежде всего ходьбы) и навыков коммуникации. При этом они никогда не задавались вопросом – для чего мы используем ходьбу в повседневной жизни? Никто из нас не ходит

просто так, чтобы походить. Мы идем в магазин, на рынок или на работу, каждый раз самостоятельно планируем как мы пойдём, с какой скоростью нам надо идти, чтобы успеть вовремя и рассчитать свои силы. То есть в нашей жизни ходьба сама по себе, как изолированный навык, конечно, важна, но куда как важнее умение использовать этот навык в повседневных ситуациях. Для Дани, чтобы обучиться этому, безусловно, необходимо улучшить качество и скорость ходьбы (см. программу физического терапевта), но еще необходимо, что все члены семьи давали Дане возможность самому решать как он пойдет из одного места в другое, за что и когда будет придерживаться, в какой момент будет перешагивать порог, и как обойти стул или какой-то другой предмет.

Оказалось, что о важности самостоятельного использования двигательных навыков для важных в повседневной жизни видов деятельности родители не задумывались. Поэтому они все время «направляли» Даню, подсказывая ему, что, когда и как нужно делать, чтобы, например, идти и не падать. Из-за того, что продолжение такого руководства со стороны родителей тормозило бы дальнейшее развитие движения и самостоятельности Дани, обсуждение с родителями необходимости поменять стиль поддержки сына стало важным компонентом обучения родителей.

Еще одной темой для обсуждения была необходимость новых требований к Дане, которые связаны с его взрослением. Сейчас мальчику три с половиной года, и в этом возрасте дети обычно с большим удовольствием помогают взрослым в самых разных вещах – моют посуду, запихивают белье в стиральную машину, накрывают на стол. Поскольку у Дани церебральный паралич, родители никогда не думали, что он может помочь им в повседневных делах, и никогда не требовали от него этого. Однако если бы мы обсуждали ребенка с обычным развитием, то оба родителя мальчика считали помощь по дому и домашние обязанности важными для взросления ребенка, его независимости и социального развития.

Оба специалиста – и физический, и эрготерапевт – постоянно акцентировали внимание родителей Дани на необходимости повседневных дел, которые они могли бы делать вместе. При этом физический терапевт заострял внимание на том, что любая активность

это еще и необходимая для ее выполнения поза, определенные движения, переходы из одной позы в другую, то есть повседневные дела могут быть важными и с точки зрения тренировки движения. Специалисты постарались вместе с родителями найти доступные для Дани дела, при выполнении которых он чувствовал бы важность своей помощи маме или другим членам семьи. При обсуждении мы старались показать родителям, как можно включить это в режим дня и каким образом лучше помогать Дане и поддерживать его мотивацию.

В этом разделе мы сознательно описали план вмешательства физического терапевта и эрготерапевта как две независимые программы, не останавливаясь на вопросах командной работы и совместной оценки. Это сделано, во-первых, для того, чтобы читатели попытались взглянуть на ребенка сначала глазами физического терапевта, а потом глазами эрготерапевта, и понять специфику работы каждого специалиста. С другой стороны, как мы уже писали, это пример рекомендаций, которые были даны эрготерапевтом и физическим терапевтом родителям для самостоятельной работы. На практике, естественно, оба эти специалиста обсуждают тактику вмешательства и координируют свои цели.

VI. Используемая литература

1. Антонова Л.В., Ключкова Е.В. Физическая терапия и эрготерапия. В кн.: «Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом). Методическое пособие». Под редакцией А.А.Потапчук. СПб, СПбГАФК им. П.Ф.Лесгафта, 2003.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) Полная финальная версия. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
3. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности (Современные подходы в реабилитации)/Сост. Е.В.Ключкова. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003.
4. Cott C., Finch E., Gasner D., Yoshida K., Thomas S., Verrier M. The Movement Continuum Theory of Physical Therapy // *Physiotherapy Canada*. 1995. Vol. 47 No. 2. pp. 87–95.
5. Doody, C., McAteer, M. (2002): Clinical Reasoning of Expert and Novice Physiotherapists in an Outpatient Orthopedic Setting, *Physiotherapy*, 88, 5, 258-268.
6. Guralnick, M. J. Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities. Baltimore: Paul H. Brookers Publishing Co.,Inc., 2000.
7. Heiman,T (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14 (2), 159-171
8. *Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems*. (ed. by Pryor J.A., Webber B.A.), Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
9. Price, S. *Occupational therapy in childhood*.Philadelphia, Whurr Publishers Ltd. 2002
10. Semmler, J.C. *Early Occupational Therapy Intervention. Neonates to Three Years*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.,1990.
11. Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., Cooper, BB. (1998). Application of the person-environment occupation model: a practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 66 (3), 122-132
12. Wilson Howle, J. M. .*Cerebral Palsy*.Ch.2 Decision Making in Pediatric Neurological Physical Therapy, edited by Campbell, S.K., 1999.
13. Youngblood, N., Hines, J.(1992). The influence of the family's perception of disability on rehabilitation process. *Rehabilitation Nursing*, 17 (6), 323-326