

ПОВЫШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ ПО ЭРГОТЕРАПИИ

Е.Е. Лебедь–Великанова

Полесский государственный университет, taqir-by@mail.ru

Понятие «эрготерапия» происходит из греческого языка: «ergein» – означает делать, действовать, работать, «therapeutein» – лечить, ухаживать, сопровождать. Термин «эрготерапия» в нашей практике еще мало знаком. Многие люди воспринимают слово «терапия» очень узко, только как лечение с помощью медикаментозных средств, отрицая психолого–педагогическое содержание этого понятия.

Цель эрготерапии состоит в восстановлении и дальнейшем улучшении отсутствующих или утраченных функций у людей с особенностями психофизического развития таким образом, чтобы они смогли достичь максимально высокого уровня независимости и самостоятельности на социально–бытовом и профессиональном уровнях.

В процессе эрготерапевтического вмешательства у людей с ограничением жизнедеятельности посредством самостоятельного выполнения действий улучшаются и/или восстанавливаются функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когни-

тивные и психические). При возникновении трудностей, эрготерапевт (специалист, использующий метод эрготерапии) оказывает поддержку, помогает найти выход из каждой конкретной ситуации.

В случае невозможности развития или восстановления утраченных способностей подбираются вспомогательные, адаптационные и технические средства, которыми обучают пользоваться людей с особенностями психофизического развития. Примерами таких вспомогательных средств могут послужить: рукоятка–брелок, который позволяет поворачивать ключ в замке, включать и выключать переключатели, поворачивать водопроводный кран; удлинитель руки, который помогает брать удаленные предметы и вещи (конверты, ключи, ножницы, винты); помощник для застегивания; ограничитель для тарелки; вилка и ложка с утолщенной ручкой и т.д.

Деятельность в эрготерапии подразделяется на повседневную активность (личная гигиена, прием пищи, одевание, функциональное общение, мобильность, удовлетворение сексуальных потребностей и т.д.), работу или продуктивную деятельность (домашние обязанности, получение образования, оплачиваемая или волонтерская работа), досуг (игра, хобби, отдых). В зависимости от целей и задач эрготерапевтического воздействия подбираются виды деятельности и методы. К наиболее часто используемым эрготерапевтическим методам относятся сенсорная интеграция, Бобат–терапия, когнитивно–терпевтические упражнения по Перфетти, метод Фростига, метод Джонстоун, метод Аф–фолтера и др.

Условия успешного эрготерапевтического вмешательства. Выделяют следующие условия эффективного эрготерапевтического вмешательства:

1. Целенаправленный характер эрготерапевтического процесса. Формирование социально–бытовых и профессиональных знаний и умений у людей с особенностями психофизического развития должно представлять собой не определённые эпизодические мероприятия, а целенаправленную систему работы, вначале имеющую своей целью полноценное восприятие человеком необходимых сведений, правильное формирование действий, приёмов, операций, затем – разнообразное их закрепление и регулярное применение на практике.

2. Личностно–ориентированный подход в оказании эрготерапевтической помощи. Метод эрготерапии предполагает партнерство, которое уполномочивает людей с особенностями психофизического развития участвовать в функциональном проявлении своих деятельных ролей в разнообразной внешней среде. При выборе видов деятельности, методов, техник и приёмов, а также их вариантов применения (более лёгкого или усложнённого), необходимо учитывать социально–бытовой и профессиональный опыт каждого человека, индивидуальные особенности и возможности. Отбор методов должен быть обоснованным и осуществляться не только с учётом задач очередного этапа эрготерапевтической помощи, но и соответственно запросам и потребностям человека с ограничениями жизнедеятельности.

3. Активная деятельность человека в процессе восприятия и усвоения материала. Активность людей с особенностями психофизического развития на занятиях предусматривает обследование изучаемых предметов, осуществляемое на полисенсорной основе, оперирование предметами, картинками, участие в различных играх (дидактических, сюжетно–ролевых, режиссёрских), выполнение разнообразных упражнений, практических работ (рисования, лепки, конструирования и т.д.). Только через активную деятельность человека можно достичь его максимальной умелости в той или иной области жизнедеятельности. Причем эрготерапевтические усилия и не должны быть направлены на получение одинаковых результатов у всех людей с физическими и/или психическими ограничениями.

4. Положительная мотивация деятельности. Ее можно достичь формированием отношения к деятельности как важной части жизни, лично значимой для человека (для его здоровья, внешнего вида, настроения, отношения к нему окружающих) и, следовательно, необходимой для исполнения. Отношение к деятельности во многом зависит от того, достигает ли индивидуум успеха, чувствует ли он себя "умелым". Поэтому форми-

руемые у человека знания и умения должны быть ему доступны, находиться в зоне ближайшего развития.

5. Максимальная наглядность эрготерапевтических занятий. Использование различных средств наглядности (натуральные предметы, изображения, фотографии, схемы, карты–планы, муляжи, игрушки и др.) в сочетании с наблюдениями за реальными объектами, жизненными ситуациями – позволяют формировать широкий круг представлений об окружающем мире.

6. Взаимодействие специалиста с родственниками клиента. Это взаимодействие направлено на обеспечение отсроченного во времени повторения пройденного на занятиях материала, расширение и обогащение опыта, формирование умения применять полученные знания в новой ситуации.

Эрготерапия относится к общему комплексу реабилитационных мероприятий. Она назначается врачом и считается лечебным средством. Основным объектом внимания эрготерапевтов являются базовые сенсомоторные функции и способности детей. Эрготерапия назначается детям с нарушениями двигательного аппарата и восприятия, а также с отклонениями, которые возникают на фоне данных базовых нарушений, например, поведенческими отклонениями (страх, агрессия, защита, пассивность и др.). Эрготерапия чаще всего направлена на профилактику и преодоление таких явлений как:

- двигательное беспокойство
- нарушения грубой и тонкой моторики
- отсутствие способности планировать свои движения
- нарушения координации
- нарушения способности к обучению
- неспособность перестраиваться
- нарушения речи.

При эрготерапевтическом воздействии основной акцент делается на развитии и укреплении сенсомоторных функций. При этом обеспечивается влияние на видимые отклонения и симптомы другими «сильными» сторонами психофизического состояния ребенка. В качестве основополагающей рассматривается идея о том, что главным в его развитии является движение. Движение тесно взаимосвязано с различными областями психики. Оно помогает лучше ощущать и воспринимать, оно взаимодействует с внутренним состоянием человека, поднимает настроение и усиливает бодрость. При этом немаловажное значение имеет и обратный процесс: любое ощущение и восприятие вызывают движение, любые чувства также выражаются с помощью движений, что способствует активному развитию двигательных функций. Опираясь на данное положение, эрготерапия в основу своего влияния кладет движение, но она не стремится тренировать какие-либо отдельные двигательные функции, ее основная задача обеспечить стимулы для появления у ребенка потребности двигаться. В процессе эрготерапевтического влияния мы стремимся пробудить любопытство ребёнка, создать условия для проявления им интереса к объектам окружающего мира и действиям с ними.

Эрготерапия требует тщательного подбора объектов и видов деятельности с учетом конкретного уровня детского развития. Она может осуществляться с применением разнообразных материалов, игрушек, предметов обихода при этом взаимодействие с ребенком может быть организовано с помощью игры или специальных упражнений–заданий. Очень важно помочь ребенку увидеть и реализовать в этой деятельности собственную цель, а не представления взрослых о том к чему он должен стремиться в данной ситуации. Необходимо варьировать условия работы с ребенком и тем самым избегать откровенной дрессировки. Следует помнить об особенностях восприятия детей и предоставлять им достаточное количество времени на выработку ответной реакции, принятие собственного решения и выполнение соответствующего действия. Речь специалистов, сопровождающая взаимодействие, должна быть дозированной и умеренной, нужно стремиться избегать «непрерывного потока» слов. Очень важно создавать условия, при которых ребенок мог бы почувствовать и оценить успех своей деятельности.

Таким образом, эрготерапевтическое воздействие это в большей мере не прямое, а опосредованное влияние на ребенка, сущность которого очень точно раскрывает выска-

звание Ф. Афолтера «руки должны вести, а не манипулировать, руки должны поддерживать, а не держать».

Характеристика основных концепций эрготерапии, способствующих повышению двигательной активности детей с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития

Методика Бобатов

Физиотерапевт Берта Бобат более 30 лет назад предложила на основе собственного опыта и интуиции совершенно новый подход к реабилитации больных со спастическими поражениями. Началось с удачных попыток выявления позиций, позволяющих затормозить патологические рефлексы. В свою очередь это способствовало снижению мышечного напряжения и приводило к осуществимости управляемого движения. С течением времени опыт обогащался и привел к разработке методики, которую нейрофизиолог доктор Карл Бобат, супруг Берты Бобат, обосновал теоретически. Через некоторое время весть о методике распространилась из Лондона по всему миру. В настоящее время она применяется как нейродинамический метод восстановления. Методика оказалась эффективной при большинстве видов ДЦП. Находит она также применение при поражениях других типов, особенно с нарушениями мышечного напряжения. Авторы предлагают много правил поведения, дают практические рекомендации, не формулируя никаких схем. Это позволяет лучшим образом приспособлять упражнения к индивидуальным нуждам больного.

Методика Бобатов демонстрирует важное значение принципов доступности для ребенка и постепенного усложнения упражнений. Речь идет о том, что при высокой степени двигательной сложности у детей с запаздывающим созреванием рефлексов высвобождается так называемая содружественная реакция как патологически продленный рефлекс на уровне моста головного мозга. В таких случаях эти рефлексы проявляются избыточным усилением мышечного напряжения или усилением дополнительных движений. Если бы подобные ситуации повторялись, то наступила бы фиксация усиленного напряжения мышц или нарастание произвольных движений, и, таким образом, произошло бы отступление ОТР достигнутого уровня восстановления. С другой стороны, упражнения не должны быть чересчур легкими, потому что они не вызывали бы в этом случае повышения активности. Принципом достижения прогресса в тренировках является последовательное возрастание степени сложности. Восстановительные упражнения должны проводиться с умеренным дозированием сложности. Аналогично этому помехой восстановлению является слишком сильная или слишком слабая психологическая мотивация [1].

Методы повышения двигательной активности детей с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития в процессе занятий по эрготерапии

Необходимость двигательной коррекции обусловлена как особенностями раннего развития детей, нуждающихся в коррекционном обучении, так и тем, что в этой популяции детей двигательные проблемы сочетаются с дефицитностью механизмов, отвечающих за состояние «фона» двигательной активности (тонус мышц, поддержание позы, координация движений) (Ахутина Т.В., 2004).

На наш взгляд, наиболее эффективными методами повышения двигательной активности являются:

1. Для формирования произвольной регуляции с помощью метода двигательной, телесно – ориентированной терапии ребенка сначала нужно научить расслаблять мышцы, а затем целенаправленно ими манипулировать. С помощью тренировки движений и действий по правилам, переключений с одного правила на другое и последующим самостоятельным формированием и удержанием программы самим ребенком у него эффективно развиваются функции контроля и регуляции деятельности.

2. Различные упражнения способствуют формированию контроля и планирования движения, например упражнения «Скалолаз». Затем используют различные упражнения, способ выполнения которых необходимо сменить по условному сигналу, например «Иноходец»: ребенок, стоя на коленках и кистях рук, передвигается вперед,

переставляя одноименные руку и ногу, но после звукового сигнала он останавливается и продолжает движение разноименными конечностями.

3. Для тренировки межполушарного взаимодействия и одновременно избирательности поведения эффективны также упражнения типа: «Носочки–ладошки». После отработки элементарных движений (поймать мяч, отбить мяч двумя руками одновременно) подключают более сложные упражнения, требующие координировать свои движения и рассчитывать их так, чтобы достичь цели, например жонглирование мячами, парные перебросы и т.д.

Двигательная коррекция построена с учетом развития моторных функций в раннем онтогенезе и предусматривает последовательность упражнений от движений лежа к движениям сидя и затем стоя. Продолжительность того или иного этапа зависит от потребностей конкретного ребенка и не имеет строгих временных ограничений.

4. Развитие пространственных функций в ходе двигательной коррекции направлено как на освоение пространства движений, так и на формирование необходимого для коммуникации чувства физической дистанции. Примером упражнений, направленных на развитие пространственных представлений и координации движений, является упражнение «Бревнышко». Ребенок ложится на ковре поперек комнаты и перекатывается в другой конец комнаты, учитывая ориентиры в виде поставленных с двух сторон игрушек так, чтобы игрушка все время находилась на уровне пояса.

5. Выполнение двигательных упражнений под ритмическую музыку (например, движения с хлопками в ладоши) под ритмическую музыку способствует развитию акустического восприятия [2].

В заключение отметим, что при повышении двигательной активности необходимо, строго соблюдая индивидуальный подход к каждому ребенку, не пропуская необходимых стадий и видов упражнений, у каждого ребенка акцентируют те из них, которые связаны с индивидуальным паттерном нейрофизиологических дефектов. Поэтому двигательную коррекцию необходимо проводить только индивидуально или в диадах, а не в больших группах детей, как это часто происходит.

Литература

1. Sevening, H. Zur Frage der Förderbarkeit von Kindern mit schwersten cerebralen Bewegungsstörungen und Anasthrie; unveröffentlichter Projektbericht, Köln 1991 (Севенинг Х. К вопросу о коррекционной работе с детьми с тяжелейшими церебральными нарушениями двигательных функций и анастрией);

2. Kirsten, Ursi. Praxis Unterstützte Kommunikation, Düsseldorf 1994 (Кирстен Урси. Поддерживающая практику коммуникация, Дюссельдорф, 1994).