

Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов

М.Н.Мальцева^{1,2,3}, А.А.Шмонин^{1,2}, Е.В.Мельникова^{1,2}, Г.Е.Иванова^{4,5}

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8;

²ГБУЗ «Городская больница №26». 196247, Россия, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2;

³АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии». 197229, Санкт-Петербург, ул. Первомайская, д. 2;

⁴ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1;

⁵Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1
✉nimmria@mail.ru

Статья раскрывает информацию о специальном анализе деятельности человека, применяемом эрготерапевтами в рутинной практике, расшифровывает понятие «терапия деятельностью», дает общие сведения о понятиях «активность повседневной жизни» и «жизненный цикл», используемых эрготерапевтами при планировании вмешательства.

Ключевые слова: эрготерапия, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, междисциплинарность, окружающая среда, активность и участие, реабилитация, адаптация.

Для цитирования: Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): 90–93.

Review

Ergotherapy. The role of restoring activity and participation in the rehabilitation of patients

M.N.Maltseva^{1,2,3}, A.A.Shmonin^{1,2}, E.V.Melnikova^{1,2}, G.E.Ivanova^{4,5}

¹I.M.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. L'va Tolstogo, d. 6/8;

²City Hospital №26. 196247, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Kostiusko, d. 2;

³ANO The Association of Support and Development Canis Therapy. 197229, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Pervomaiskaia, d. 2;

⁴N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1;

⁵Russian Association for Sports Medicine and Rehabilitation of Sick and Disabled Persons. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1
✉nimmria@mail.ru

Abstract

The article discloses the special analysis of human activity, applicable occupational therapists in routine practice, decrypts the concept of "activities therapy", gives an overview of the concepts of "activities of daily living" and "life cycle" used by occupational therapist in planning the intervention.

Key words: occupational therapy, International Classification of Functioning, Disability and Health, interdisciplinary approach, environment, activity and involvement, rehabilitation, adaptation.

For citation: Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V., Ivanova G.E. Ergotherapy. The role of restoring activity and participation in the rehabilitation of patients. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): 90–93.

Эрготерапия – методика, применяющаяся в программах улучшения качества жизни паллиативных пациентов, детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, абилитации детей с врожденными нарушениями развития и генетическими заболеваниями, абилитации детей группы риска, реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями нервной системы, травматологическими, онкологическими, психическими и другими заболеваниями [1–6].

Эрготерапия (occupational therapy) переводится как «терапия деятельностью». Эта формулировка знакома многим, однако лишь немногие реабилитологи экспертного уровня понимают, каким образом повседневная деятельность может быть связана с задачами реабилитации, ведь деятельность не поддается медицинским манипуляциям и, казалось бы, никак не связана с лечением и восстановлением здоровья человека. Повседневная деятельность – это все, что может делать здоровый человек в нормальных условиях жизни. Вся деятельность человека неразрывно связана с его эволюцией, анатомией и психофизиологией. Собственно, специфичная деятельность человека является

следствием того, что он разумен, социален, использует речь, вертикальное положение тела, перемещается на двух ногах и активно манипулирует двумя руками. Деятельность человека развивается и усложняется по мере взросления, развития и достижения им пика физической и интеллектуальной формы, а затем упрощается по мере старения и утраты физических и психических возможностей. Существует определенная взаимосвязь – человек развивает деятельность, а деятельность развивает или поддерживает развитие человека [1].

Эрготерапия использует знания о деятельности человека для диагностики, профилактики и восстановления возможностей пациента, чья деятельность была ограничена из-за болезни, травмы или нарушений развития. Эрготерапевт – это специалист, восстанавливающий повседневную деятельность (активность и участие) пациента до максимально возможного и востребованного уровня независимости в жизни. Причем это относится не только к трудовым и гигиеническим навыкам, но и к хобби, обучению и всем сферам деятельности, которые важны для пациента.

Для этого эрготерапевт оценивает возможности и ограничения деятельности пациента. Оценивает и все факторы, влияющие на качество деятельности – в первую очередь факторы среды, личностные, а также факторы здоровья (структуры и функции) [1–3].

Деятельность человека может подразделяться:

- на активность повседневной жизни, в которую входят персональная активность и инструментальная активность;
- продуктивную деятельность, куда входят работа, обучение, игра;
- отдых и досуг.

Следует обратить внимание на то, что активность не аналогична функции с похожим названием. Так, например, функция речи не аналогична активности «общение» или «говорение».

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

- прием пищи;
- контролирование функций мочевого пузыря и кишечника;
- посещение туалета;
- прием ванны/душа;
- перемещение;
- личная гигиена;
- уход за собой (бритье, причёсывание, макияж, уход за ногтями);
- уход за вспомогательными приспособлениями;
- сексуальная активность;
- сон/отдых;
- общение.

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

- приготовление пищи;
- уборка;
- покупки;
- забота о других людях;
- воспитание детей;
- забота о домашних животных;
- использование коммуникативных приспособлений;
- пользование транспортными средствами;
- управление финансами;
- поддержание здоровья;
- ведение домашнего хозяйства;
- забота о безопасности.

К категории продуктивной деятельности относятся:

- работа оплачиваемая;
- работа волонтерская;
- обучение;
- игра.

Зачем реабилитологу знать о видах и типах повседневной деятельности здорового человека? Задача эрготерапевта в процессе реабилитации пациента – восстановить и/или развить естественные виды активностей и участия в максимально возможном объеме. При этом активности должны соответствовать возрасту и развитию ребенка или взрослого. Не менее важная задача – поддержать имеющиеся активности в максимально возможном естественном объеме. Если же восстановление невозможно, необходимо адаптировать активности к нарушениям у пациента в максимально возможном естественном объеме. Для решения этих задач эрготерапевту необходимо знать обо всех видах активностей и уметь их сопоставлять с актуальными возможностями пациента [3–6].

Также эрготерапевт, работающий в реабилитационной команде, должен быть в курсе лекарственной терапии, получаемой пациентом, так как этот фактор среды существенно влияет и изменяет тип активностей человека. Например, назначение транквилизаторов или снотворных может сделать невозможным реализацию активностей из

группы «активный досуг и отдых», может существенно затормозить активности, связанные с перемещением, самообслуживанием. С другой стороны, существуют препараты, способные увеличить как общую активность и мотивированность к движению, так и способствовать более продолжительной реализации активностей по перемещению, самообслуживанию, персональным и инструментальным активностям, связанных с использованием рук. Например, последние исследования влияния нейропептидных препаратов в двигательной и бытовой реабилитации показывают их влияние на скорость восстановления двигательных функций, активности и участия. Так, использование нейропептидного препарата Церебролизин в программе эрготерапевтического восстановления повседневных активностей у женщин, страдавших постинсультной депрессией, позволило восстановить ограниченные активности и улучшить качество жизни быстрее, чем в группе без препарата [7]. Использование препарата Церебролизин в программе исследования ранней реабилитации после инсульта CARS (Cerebrolysin® and recovery after stroke) показало, что пациенты, получавшие препарат, раньше восстановили функции руки по шкале ARAT, а также показали лучшие результаты восстановления самообслуживания (индекс Бартел, шкала Ренкина), выше оценили качество жизни по SF-36, имели более низкую депрессию по гериатрической шкале депрессии на 90-й день от начала терапии [8]. Безусловно, эрготерапевт должен учитывать и использовать возможности подобных препаратов ускорять и потенцировать реабилитацию, должен стремиться таким образом сделать реабилитацию более продуктивной и короткой во времени, на благо пациента.

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

Деятельность или активности повседневной жизни от рождения до 1 года: сон, кормление (питание) грудью или из бутылочки, питье из стакана и еда ложкой с помощью взрослого, игра с собственным телом (развитие персональной мобильности), изучение окружающих предметов с использованием ручек и рта, игра с предметами в пределах дотягивания (тренировки и совершенствование захватов), игра со взрослыми («коза», «ладушки», «рожицы») – как игра и первая коммуникация.

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

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

метание предметов, игры со сверстниками и взрослыми, рисование, раскрашивание, работа с ножницами, ролевые игры, игры, имитирующие действия взрослых.

Деятельность в 5–11 лет. Постепенное увеличение независимости в самообслуживании, уход за ногтями, полное мытье головы, полное причесывание, выбор одежды, соответствующей времени года и случаю, использование телефона и других средств связи по назначению, приготовление простейшей пищи, самостоятельное перемещение, пользование транспортом, манипуляции с деньгами, покупки, уборка своей комнаты, разделение обязанностей по дому с родными. Игровая и досуговая деятельность включает игры, требующие физической активности, рисование, игру в куклы, ролевые игры, просмотр телепередач, компьютерные игры, групповые игры, спорт, чтение, музыку, танцы, участие в семейном отдыхе, походы в музеи, театры. Появляется такой вид деятельности, как обучение, куда входят: обучение чтению, обучение письму, простые математические операции, начальные познания в естественных науках и истории. По мере взросления появляются активности: планирование дня, следование инструкциям, выполнение заданий согласно существующим стандартам, принятие авторитета учителя, первые идеи о будущей профессии.

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

В 18–25 лет к базовой деятельности относятся: жизнь независимо от родителей, ведение домашнего хозяйства, ведение бюджета, забота о своем здоровье, вступление в семейную жизнь и забота о супруге и детях, покупка жилья и ремонт, покупка и ремонт автомобиля. Работа и обучение включают в себя: практический выбор профессии, обучение в учебном заведении, начало профессиональной деятельности. Досуг и отдых включают в себя: спорт, танцы, музыка в качестве участника и зрителя; активное общение с людьми (формирование жизненных целей, ценностей и приоритетов); формирование круга общения.

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

С 35 до 50 лет в повседневных активностях появляются увеличение заботы о своем внешнем облике, поддержание

своего здоровья. В продуктивной деятельности чаще всего появляется приобретение роли наставника, для женщин – возвращение к труду после материнства. Досуговая деятельность смещается в сторону досуга в кругу семьи, приобретения новых хобби.

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

Существенно меняется вся структура активностей жизни от 65 лет и старше. Отношение к деятельности меняется. Рутинная работа по хозяйству может рассматриваться как способ проведения досуга. В этот период активность повседневной жизни дает чувство стабильности и нужности. На выполнение всех активностей требуется больше времени и сил. Изменяются повседневные привычки, постепенно возрастает зависимость от внешней помощи. Изменяется и продуктивная деятельность, происходит завершение оплачиваемой трудовой деятельности, появляется возможность волонтерской работы. Досуговая деятельность трансформируется в спокойный отдых, участие в общественных, политических и религиозных группах. Также происходит уменьшение круга друзей, постепенное ограничение видов проведения досуга.

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

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

В связи с этим эрготерапевты обязаны владеть навыками анализа активности и участия, факторов среды и личностных факторов.

В рамках работы мультидисциплинарной бригады основная задача эрготерапевта – провести оценку, подробную и качественную, деятельности пациента и его среды, сообщить свою специальную информацию коллегам в письменной и устной форме, обсуждать проблемы пациента и совместно формировать реабилитационный диагноз пациента и все необходимые рекомендации как специалистам, так и пациенту и его родственникам. Для формулировки своей части реабилитационного диагноза эрготерапевт использует преимущественно раздел Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья «Активность и участие», отображающий возможности и проблемы в повседневной деятельности пациента. В области оценки эрготерапевта находятся и такие подразделы, как «Капацитет», «Реализация деятельности самостоятельно» и «Реализация деятель-

ности с помощью». Эти подразделы неразрывно связывают активность и участие с факторами контекста, так как факторы контекста существенно влияют на реализацию активности и участия. Соответственно, это будут и личностные факторы (характер, мотивация, привычки) и факторы окружающей среды. Правильная часть реабилитационного диагноза от эрготерапевта должна содержать ответы на вопросы: каким образом и какую активность и участие пациента необходимо изменить для улучшения его качества жизни? Каким образом необходимо изменить факторы среды для улучшения качества жизни пациента? Ответы на эти вопросы не только являются рабочей задачей для эрготерапевта, но и дают больше информации о пациенте и его возможностях другим специалистам мультидисциплинарной бригады. В этом случае мультидисциплинарное обсуждение с участием эрготерапевта является действенным инструментом реабилитации.

Литература/References

1. Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists. Intervention guidelines for the client-centred practice of occupational therapy (H39-100/1986E). Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare, 1986.
2. Engel JM. Physiotherapy and ergotherapy are indispensable. Concrete prescription of remedies – without recourse. *Z Rheumatol* 2012; 71 (5): 369–80. DOI: 10.1007/s00393-011-08
3. Bureck W, Ilgner U. Hand ergotherapy for rheumatic diseases and the special importance of hand surgery. *Z Rheumatol Rev* 2014; 73 (5): 424–30, 432–3. DOI: 10.1007/s00393-013-1342-3.65-8
4. Ключкова Е.В., Мальцев С.Б. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для Республики Таджикистан. Методическое пособие. Душанбе, 2010. / Klochkova E.V., Mal'tsev S.B. Fizicheskaia terapiia i ergoterapiia kak novye spetsial'nosti dlia Respubliki Tadjhikistan. Metodicheskoe posobie. Dushanbe, 2010. [in Russian]
5. Мальцева М.Н., Шмонин А.А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации. В кн.: Непрерывное образование взрослых. Материалы международного форума. Ответственные редакторы: В.В.Беличенко, С.В.Кривых. СПб.: ИННОВА, 2015; с. 331–9. / Mal'tseva M.N., Shmonin A.A. Ergoterapiia v sotsial'noi i meditsinskoj reabilitatsii. V kn.: Nepreryvnoe obrazovanie vzroslykh. Materialy mezhdunarodnogo foruma. Otvetstvennye redaktory: V.V.Belichenko, S.V.Krivykh. SPb.: INNOVA, 2015; s. 331–9. [in Russian]
6. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов. *Неврология и Ревматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2016; 1. / Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V., Ivanova G.E. Occupational therapy for rehabilitation of neurological patients. *Neurology and Rheumatology (Suppl. Consilium Medicum)*. 2016; 1. [in Russian]
7. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Использование препарата Церебролизин в программе эрготерапевтической нормализации качества жизни у пациентов с депрессией, перенесших ишемический инсульт. *Поликлиника*. 2017; 3 (Спецвып.): 12–4. / Mal'tseva M.N., Shmonin A.A., Mel'nikova E.V. Ispol'zovanie preparata Tserebrolizin v programme ergoterapevticheskoi normalizatsii kachestva zhizni u patsientok s depressiei, perenesshikh ishemicheskii insul't. Poliklinika. 2017; 3 (Spetsvyp.): 12–4. [in Russian]
8. Muresanu DF, Heiss W-D, Hoernberg V et al. Cerebrolysin and Recovery After Stroke (CARS): A randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. *Stroke* 2016; 47 (1): 151–9.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мальцева Мария Николаевна – д-р вет. наук, канд. тех. наук, доц. каф. психологии и педагогики ФПО ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», психолог 3-го неврологического отделения для больных с ОНМК ГБУЗ ГБ №26, дир. АНО СПРКТ. E-mail: nimmaria@mail.ru

Шмонин Алексей Андреевич – канд. мед. наук, ассистент каф. неврологии, доц. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФПО ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», невролог реанимационного отделения для больных с ОНМК ГБУЗ ГБ №26. E-mail: langendorff@gmail.com

Мельникова Елена Валентиновна – д-р мед. наук, проф. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФПО ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», зам. глав. врача – рук. регионального сосудистого центра ГБУЗ ГБ №26. E-mail: melnikovae2002@mail.ru

Иванова Галина Евгеньевна – д-р мед. наук, проф., зав. отд. медико-социальной реабилитации НИИ ЦВПиИ, зав. каф. медицинской реабилитации ФДПО ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова», гл. специалист Минздрава России по медицинской реабилитации, ген. секретарь РАСМИРБИ