**ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА НЕВІДПОВІДНІСТЬ ВИКОНАННЯ АКТИВНОСТІ**

**План**

**1. Висхідний підхід при невідповідності** **виконання діяльності**

**2. Низхідний підхід при невідповідності виконання діяльності**

**3. Переваги та недоліки двох підходів при невідповідній взаємодії ЛЗО**

Ієрархія діяльності надає корисну перспективу для виділення двох головних підходів, що застосовуються для ерготерапевтичної оцінки і втручання. Trombly (1993, 1995) визначає ці підходи як спадний і висхідний.

Практикуючі ерготерапевти, використовуючи висхідний підхід, фокусують оцінку і втручання на можливостях клієнта (таких як, структури і функції тіла і пов'язані з цим пошкодження в рамках МКФ або фактори клієнта і навички виконання в термінології OTPF).

Наприклад, при оцінці 63-річної пацієнтки Стоун, яка перенесла інсульт правої півкулі, фахівець може зробити акцент на м'язовому тонусі, рефлексах, постуральном контролі, зорово-моторній інтеграції і короткочасній пам'яті. Втручання, спрямоване на відновлення структур тіла і функцій, втрачених внаслідок інсульту, носить коригуючий характер.

*Раціональність використання висхідного підходу* в тому, що структури і функції роблять можливим виконання завдань, що стосуються всіх сфер діяльності. Відновлення цих можливостей до нормального стану веде до того, що нефункціональне виконання завдань автоматично стає функціональним, оскільки відновлюються навички і звички, необхідні для виконання. Після того, як відновлені природні можливості, може бути розроблене додаткове втручання, спрямоване на виконання активності, з метою інтегрувати ці відновлені можливості в виконання завдань повсякденного життя, інструментальних активностей, робочих завдань, ігрових і дозвіллєвих активностей. Це втручання не повинно бути глобальним, так як «лікування» пошкоджень відновлює можливості клієнта, виконання завдань відбувається з більш швидкою реакцією, використовуються добре знайомі повсякденні навички.

*Висхідний підхід ефективний при невідповідному виконанні діяльності, оскільки відновлення можливостей клієнта, необхідних для виконання завдання, повертає його на преморбідний рівень (до захворювання, до виникнення розладу), активність та участь повертаються до свого початкового стану.*

Висхідний підхід дозволяє ерготерапевтам зосередити оцінку і втручання на конкретних можливостях клієнта без попереднього розгляду вимог з боку активностей, а також фізичного та соціального оточення. Під час оцінки м'язового тонусу, рефлексів і постурального контролю пацієнтка Стоун може перебувати на кушетці, а зорово-моторна інтеграції і тести для перевірки короткочасної пам'яті можна провести, коли вона сидить в кріслі-колясці. Нейророзвивальний підхід втручання, спрямований на нормалізацію м'язового тонусу, погашення патологічних рефлексів і поліпшення постурального контролю, також може застосовуватися, в той час, коли пацієнтка Стоун розташовується на кушетці. Втручання, спрямоване на вирішення проблем з непостійністю сприйняття форми об'єктів, оцінкою відстані до предметів, виділенням фігур з фону, і короткочасною пам'яттю, може зводитися до вправ з олівцем і папером, , що будуть виконуватися на дошці, яка лежить перед нею. Здебільшого взаємодія з оточенням буде зводитися до об'єктів, що використовуються для тестування і втручання.

Вимоги з боку ситуацій повсякденного життя також включаються в план втручання, тоді, коли втрачені можливості відновлені або їх відновлення сповільнилося. Наприклад, пацієнтка Стоун не може повністю контролювати рухи своєї лівої ноги і не може пересуватися природним чином. В цьому випадку ерготерапевт відпрацьовуватиме з пацієнткою Стоун переміщення з ліжка в туалет, щоб допомогти їй інтегрувати техніки постурального контролю і процес нормалізації зміненого тонусу і рефлексів при виконанні цих дій.

**Постуральний контроль** (регуляція положення тіла в просторі) визначається двома компонентами:

1 - *постуральною стійкістю* - це здатність підтримувати вертикальне положення тіла, що пов'язане зі здатністю підтримувати центру тиску тіла всередині площини опори;

2 - *постуральна орієнтація* - здатність підтримувати відповідний взаємозв'язок між окремими структурами тіла, між тілом і навколишнім простором.

*Постуральну стійкість* (в тому числі і певну жорсткість тіла людини в умовах гравітації) забезпечують постуральні рефлекси, які бувають двох видів.

***Види постуральних рефлексів:***

1 - *познотонічні рефлекси* - обмежують (в міру необхідності) число ступенів свободи суглобів; хребет виявляється зафіксованим паравертебральними м'язами; певними м'язами обмежується рухливість в кульшових, колінних і гомілковостопних суглобах; познотонічні рефлекси забезпечують також перерозподіл тонусу тулуба і кінцівок в залежності від просторового положення голови і впливу опори;

2 - *установчі рефлекси*: установчі рефлекси забезпечують вертикальне положення тіла в просторі, при відхиленні тіла від вертикальної осі спрацьовують рецептори вестибулярного апарату і пропріоцептори суглобів і м'язів, завдяки чому тіло людини не падає.

По спадним вестібулоспінальним шляхам «сенсорна інформація» від вестибулярного апарату надходить до м'язів тулуба і кінцівок для відновлення втраченої рівноваги; окрім того, сенсорна інформація від вестибулярного апарату, а також від пропріоцептивної системи надходить по висхідних шляхах в мозжечок, який є центром рівноваги. Безумовно-рефлекторні відповіді мозжечка дозволяють багаторазово впливати на м'язи тулуба і кінцівок, коректуючи первинні вестібулосоматичні реакції.

Отже, система постурального контролю складається з двох підсистем. Першою підсистемою є м'язово-скелетна підсистема, яка характеризується різним ступенем вираженості ступенів свободи рухів в суглобах, властивостями тонічних і фазичних м'язів, жорсткістю, стійкістю хребетного стовпа, а також його еластичністю і гнучкістю. Нервова система є другою підсистемою, в якій виділяють центральний аналізатор, рухову частину (насамперед, нервово-м'язові синергії), сенсорний вхід (соматосенсорная, вестибулярна, зорова і інша афферентація, що виходить від постуральних датчиків, в тому числі і від скронево-нижньощелепного суглоба, який також є постуральним датчиком).

Обидва компоненти постурального контролю (постуральна стійкість і постуральна орієнтація) дуже тісно взаємопов'язані. При будь-якій зміні постуральної орієнтації миттєво зсувається центр ваги, корекція положення центра ваги досягається за рахунок переміщення структур тіла відносно один одного, тобто за рахунок зміни пози. Отже, відхилення тіла людини від вертикалі є інформаційно необхідним для відновлення втраченої рівноваги (при цьому функціонує переважно тонична мускулатура).

**Форми постурального контролю:**

1 - постуральний контроль спокійного стану;

2 - реактивний (у відповідь на подразнення) або адаптивний контроль;

3 - преднастройка пози;

4 - довільний контроль.

***Постуральний контроль спокійного стояння (регуляція пози).***

Регуляція пози людини здійснюється, перш за все, антигравітаційної мускулатурою (м'язами розгиначами хребетного стовпа та м'язами кульшових і колінних суглобів), а також рефлексами, які спрацьовують при розтягненні м'язів передньої і задньої поверхні гомілки. Тригерною афферентною системою в цьому випадку є соматосенсорні пропріорецептивні сигнали, а також опорна сенсорна афферентация від поверхневих і глибоких тактильних рецепторів підошвеної поверхні стоп, тобто інформація про контакт стопи з опорою.

У здійсненні функції рівноваги важливі: зорова інформація, інформація від пропріорецепторів сухожиль окорухових м'язів. Але найбільш значущими є пропріорецепція і імпульсація від рецепторів вестибулярного апарату. Регуляція постуральної рівноваги замикається на рівні рухових центрів стовбура головного мозку (вестибулярних ядер, а також ретикулярної формації), які безпосередньо відчувають низхідний вплив медіальних відділів мозжечка, які, в свою чергу, отримують афферентную інформацію від соматосенсорной системи. На цьому рівні відбувається регуляція тонусу постуральних м'язів і координація м'язових синергій, що забезпечують рівновагу.

***Реактивний (або адаптивний) постуральний контроль.***

Являє собою автоматичну зміну пози у відповідь на порушення рівноваги. Це відбувається при раптовій зміні напрямку руху, при несподіваному зіткненні з перешкодою. У цей момент центр тиску тіла зміщується до кордону площі опори, що викликає реальну загрозу падіння. Реактивний контроль полягає у відновленні безпечного положення центру тиску тіла за рахунок зміни пози. Це досягається активацією нервово-м'язових синергій, головним чином, за рахунок вестибулярної афферентной імпульсації про лінійні і кутові зміни положення голови. Інші аферентні системи виконують в цьому випадку допоміжну роль. Реактивний постуральний контроль має більш складну організацію, так як збереження рівноваги в даному випадку залежить, перш за все, від вибору позної стратегії. Структурою, відповідальною за вибір адекватних рухових і позних синергій, є базальні ганглії, специфічною функцією яких є програмування послідовності включення м'язових синергій при раптовій втраті рівноваги.

***Зміна пози (що передує довільному руху).***

Важлива роль у запуску зміни пози належить проміжним відділам мозочка. Не виключається і участь моторних зон кори, оскільки в ній формується остаточна програма довільного руху. Основним фактором, що визначає включення зміни пози є наявність у людини рухового досвіду або уявлень про спосіб виконання даного руху. Позна преднастройка є формою випередження, а реактивний позна контроль - форма зворотного зв'язку.

***Довільний позний (постуральний) контроль.***

Має місце в ускладнених умовах збереження постурального рівноваги, наприклад, при необхідності долати яку-небудь перешкоду при обмеженні сенсорної інформації. Це найбільш складна, свідомо керована форма контролю, так як вона передбачає наявність смислової програми дії, що формується в асоціативних зонах мозку, координаційно-рухові аспекти якої програмуються за безпосередньої участі базальних гангліїв і мозочка, моторних зон кори головного мозку. Найбільш часто ця форма контролю запускається зоровим сигналом про зміну або ускладненні умов для збереження рівноваги.

**7.2. Низхідний підхід при невідповідності виконання діяльності**

Наступний великий підхід, що застосовується в ерготерапевтічній оцінці і втручанні - *низхідний підхід*. Згідно МКФ, *невідповідне виконання діяльності розглядається* на рівні соціальної участі/обмеження участі. Потім до розгляду приймаються завдання, необхідні для підтримки значущих соціальних ролей. В термінології МКФ це рівень активності/обмеження активності, або відповідно до Практичної моделі ерготерапії (OTPF), рівень діяльності, і відповідних навичок і форм діяльності. І нарешті, увага зосереджується на самих можливостях, які необхідні для виконання активностей і соціальних ролей, тобто структури і функції/пошкодження в рамках МКФ, або внутрішні чинники клієнта.

*Отже, в основі низхідного підходу лежить наступний принцип, якщо порушення не завжди можуть бути зцілені, активність і соціальне участь можуть бути поліпшені, шляхом адаптації виконання завдань і дій, асоційованих з даними активностями та соціальними ролями.*

В основі підходу лежать наступні принципи:

1. Оцінка і втручання починаються з завдань, що мають цінність для клієнта (тобто завдань, необхідних для виконання значущих для клієнта активностей і соціальних ролей).

2. Зовнішні чинники, що спричиняють невідповідність виконання завдання, можуть бути виявлені в процесі їх виконання.

3. Припущення щодо зовнішніх причин невідповідного виконання завдання можуть бути підтверджені або спростовані шляхом зміни вимог з боку активності або оточення під час виконання завдання, що веде до зменшення або збільшення невідповідності.

4. Рівень можливостей і ушкоджень може оцінюватися одночасно під час виконання реальних завдань повсякденного життя або соціальних ролей.

5. Детальна оцінка порушень може відбуватися в контексті виконання завдання для того, щоб сформулювати відповідні стратегії втручання, спрямовані на відновлення або розвиток можливостей або на запобігання їх втрати.

Наприклад, з пацієнткою, яка перенесла інсульт, ерготерапевт починає роботу з оцінки соціальних ролей, які, швидше за все, були обмежені внаслідок інсульту. Так, пацієнтка в своєму житті, цінує вище за все свої ролі дружини і домогосподарки. Вона отримує задоволення від приготування їжі для свого чоловіка і солодощів для онуків, які відвідують її щонеділі. Також вона турбується про догляд за собою. У доповненні до таких проблем, як ходьба, прийом їжі, ванни, користування туалетом, одягання і особиста гігієна, пацієнтка висловлює стурбованість тим, як вона буде приймати ліки і використовувати засоби екстреної комунікації, якщо чоловіка немає вдома.

Після того, як основні активності, необхідні для виконання соціальних ролей, були названі, починається оцінка виконання, метою якої є визначення можливостей виконання поряд з обмеженнями. Поглиблена оцінка потрібна для виявлення слабких ланок в послідовності дій і вимог з боку активності, а також для розвитку клінічної гіпотези про пошкодження, що є причиною порушень послідовності. Стратегії втручання, спрямовані на зменшення вимог з боку активності і оточення, можуть включати компенсаторні методи виконання активності, використання адаптивного обладнання та модифікації зовнішнього фізичного і соціального оточення Ці компенсаторні стратегії можуть досить швидко вирішити проблему невідповідного виконання діяльності тимчасово або остаточно. Якщо мова йде про тимчасове рішення, то це зазвичай означає проведення адаптації, необхідної для виконання активності, в той час як втручання, спрямоване на корекцію порушення і відновлення можливостей клієнта, буде застосовано пізніше.

Низхідний підхід при невідповідному виконанні діяльності дозволяє практикуючим ерготерапевтам спочатку фокусувати увагу на соціальних ролях і сферах відповідальності, що визначають соціальну участь клієнта вдома і в суспільстві. *Відомості про вимоги з боку активності, фізичного і соціального оточення невід'ємні від процесу ерготерапії з самого початку*.

Наприклад, стурбованість нашої пацієнтки в даний час зосереджена на виконанні таких соціальних ролей, як незалежна в самообслуговуванні людина, дружина, бабуся і домогосподарка. Вона тривожиться про те, як вона буде виконувати ці ролі після перенесеного інсульту.

Оцінка основних завдань для виконання соціальної ролі домогосподарки (таких як приготування їжі, ведення домашнього господарства, догляд за одягом), також як і оцінка самообслуговування (прийом ванни, відвідування туалету, одягання), повинна проводитися в домашніх умовах пацієнтки, з метою отримання достовірної і валидної інформації про взаємодію ЛЗО.

**7.3. Переваги та недоліки двох підходів при невідповідній взаємодії ЛЗО.**

**Висхідний підхід**

Перевага висхідного підходу при невідповідній взаємодії ЛЗО полягає в тому, що втручання, яке орієнтоване на розвиток або відновлення можливостей, може бути результативним у багатьох випадках. Наприклад, зростання м'язової сили або обсягу рухів у верхніх кінцівках сприятиме виконанню всіх завдань, де ці можливості задіяні; зменшення вираженості апатії сприятиме залученню в діяльність, від якої раніше клієнт відмовлявс; зменшення вираженості порушення зорового сприйняття поліпшить виконання всіх завдань, які постраждали внаслідок цього ушкодження. Тобто, при поліпшенні нейромускулярних, розумових або психічних функцій, може відбуватися спонтанне відновлення виконання багатьох завдань, пов'язаних з порушенням.

У висхідному підході пріоритет віддається чинникам активності, які є внутрішніми для клієнта, тому майже поза увагою залишаються зовнішні фактори довкілля. Через це висхідний підхід з економічної точки зору набагато вигідніший у використанні, оскільки фахівцям не потрібно оцінювати і проводити втручання, спрямоване на вимоги з боку активності, фізичного і соціального оточення та оцінювати їх вплив на можливості клієнта.

Надоліком висхідного підходу, який є доволі принциповим, є те, що поліпшення можливостей клієнта не завжди призводить до покращення активності в повсякденному житті та інструментальних активностях або у виконанні окремих специфічних завдань (одяганні, прийомі їжі, медикаментів і т.д.), або виконанні окремих дій (наприклад, застібанні гудзиків, сортуванні медикаментів).

До причин, через які це не відбувається можна віднести наступне. По-перше, втручання, орієнтоване на поліпшення можливостей, концентрується на структурах і функціях організму, які беруть участь у виконанні багатьох активностей і завдань. Однак, виконання завдань вимагає включення цих функцій у виконання лише специфічних індивідуальних завдань. По-друге, коли вправи з метою поліпшити якісь здібності проводяться ізольовано від повсякденних завдань, то ці здібності не інтегруються з іншими функціями, які беруть участь у виконанні цих завдань. Тобто, втручання, спрямоване на поліпшення конкретних можливостей, не зачіпає здібностей до виконання тих чи інших завдань, і не сприяє адекватній взаємодії ЛЗО, для якого ці конкретні можливості необхідні.

Висхідний підхід також може бути спрямований на виявлення та відновлення тих порушень, які ніяк не позначаються на виконанні життєвих завдань.

Використовується висхідний підхід на початку роботи з клієнтом з наміром перейти до низхідного підходу. В умовах клініки практикуючі спеціалісти намагаються використовувати відновлювальні стратегії якнайдовше, з метою максимального відновлення функції. Якщо це не відбувається і втрачено занадто багато часу, це призводить до того, що клієнт не зможе адекватно виконувати активність в повсякденній діяльності

Іншим недоліком висхідного підходу є те, що клієнти можуть не бачити зв'язку між втручанням, спрямованим на конкретні порушення (наприклад, вправи для поліпшення моторного контролю, комп'ютерні програми для візуального сканування) і поліпшенням їх активності повсякденному житті і соціальної участі. Звідси, вони можуть мати меншу мотивацію для участі в ерготерапевтичних заняттях. Однак, шляхом навчання клієнтів і їх родичів тому, що існує взаємозв'язок між зменшенням порушень і поліпшенням активності, цей недолік може бути подоланий.

**Низхідний підхід**

Перевагою низхідного підходу є те, що оцінка і втручання зосереджені на ролі соціальної участі та виконанні активностей клієнта. Тобто на тому, що значимо для клієнта, на рівнях виконання завдань які не відповідають очікуваному, необхідному або бажаному результату.

Можна виділити наступні переваги низхідного підходу.

По-перше, ерготерапевтичний процес фокусується на ролі соціальної участі та виконанні активностей, що значимі для клієнта. Отже, як наслідок це призводить до поліпшення його повсякденного життя. У зв'язку з цим зростає мотивація клієнта для участі в ерготерапевтичних заняттях.

По-друге, здійснюється прямий вплив на виконання активностей і соціальної участі за допомогою втручання. Виконання реальних життєвих завдань є і змістом і результатом втручання.

Низхідний підхід потенціює і заохочує застосування тих стратегій, які клієнти використовують несвідомо в тих випадках, коли виникають проблеми з виконанням тих чи інших завдань. При виникненні труднощів під час виконанні завдання, людям властиво шукати допомоги у інших, використовувати якісь підручні інструменти, щоб впоратися із завданням самостійно, або шукати альтернативні способи виконання завдання. Ці компенсаторні прийоми сприяють досягненню результату. Таким чином, низхідний підхід сприяє використанню таких природно вироблених стратегій для вирішення проблем, а в силу того, що люди з цими стратегіями добре знайомі, вони легше приймають цей підхід в цілому.

Спадний підхід також має велику перевагу в ситуації, коли фокус втручання перемикається з соціальної участі та активності безпосередньо на пошкодження. Цей підхід підкреслює роль пошкодження в контексті соціальної участі та активності клієнта. В той час як при висхідному підході порушення функцій оцінюються ізольовано, їх зв'язок з соціальною участю та виконанням активностей не очевидно.

Недоліком низхідного підходу є те, що оцінка і втручання, щодо соціальної рольової участі і виконання активностей специфічна і не дозволяє переносити отриману інформацію на інші завдання, або дозволяє в мінімальному обсязі. Більш того, для максимально ефективного втручання, воно повинно проводитися в тому ж контексті, в якому активність має місце в житті, вдома у клієнта, в школі або на роботі. Крім цього даний підхід вимагає від ерготерапевтів брати до уваги всю складність чинників оточення, які впливають на виконання діяльності.

В ерготерапевтичній практиці протягом декількох десятиліть превалював висхідний підхід та відновлювальне лікування. Однак, незважаючи на недоліки, низхідний підхід й відповідні йому компенсаторні стратегії втручання найкраще підходять сучасній системі охорони здоров'я.

В своїх роботах Rogers і Holm підкреслюють верховенство пріоритету виконання завдань і компенсаторного втручання для досягнення максимального рівня виконання активностей. Trombly пише: «у нас немає однозначних ерготерапевтичних досліджень, які показують, що діяльність людини внаслідок відновної терапії стає більш ефективною, ніж при адаптивному втручанні», а Wood робить висновок про обмежену можливість використання висхідного підходу при невідповідній взаємодії ЛЗО, помічаючи наступне: «стає все більш очевидно, що поліпшення окремих компонентів виконання діяльності зовсім не обов'язково призводить до збільшення компетенції при функціонуванні в повсякденному житті».

В західних країнах більш сильні аргументи на користь низхідного підходу наводяться страховими компаніями, оскільки вони бачать результат терапії з точки зору фінансової компенсації.

Рух за права людей з обмеженими можливостями також підтримує компенсаторні підходи, які фокусуються на адаптації оточення, оскільки компенсаторний підхід не концентрується на тому, що з людиною щось не так, і треба щось виправляти або змінювати. Замість того, компенсаторний підхід зосереджується на оточенні і його вимогах, намагаючись визначити, як це оточення впливає на виконання діяльності, будуючи втручання, виходячи з цього, або використовуючи це як ресурс. Гасло груп захисту прав людей з обмеженими можливостями говорить: «Змініть середу, а не мене».

**Завдання до самоконтролю**

1.Розкрийте суть висхідного підходу при невідповідному виконанні діяльності.

2. Дайте характеристику компонентів постурального контролю.

3. Охарактеризуйте види постуральних рефлексів.

4. Назвіть форми постурального контролю і дайте характеристику однієї з форм.

5. Дайте характеристику постуральному контролю спокійного стану.

6. У чому полягають особливості застосування низхідного підходу при невідповідності виконання діяльності в ерготерапевтичній оцінці?

7. Розкрийте переваги застосування висхідного підходу при невідповідній взаємодії ЛЗО.

8. Розкрийте недоліки застосування висхідного підходу при невідповідній взаємодії ЛЗО.

9. Які переваги застосування низхідного підходу при невідповідній взаємодії ЛЗО?

10. Розкрийте, в чому полягають недоліки застосування низхідного підходу при невідповідній взаємодії ЛЗО?