



Рисунок 3 – Показатели основных критериев жизнедеятельности в начале и в конце исследования, баллы

В начале исследования результаты в ЭГ и КГ находились примерно на одном уровне и достоверно не различались. По показателям, оценивающим основные виды деятельности – домашнее хозяйство и деятельность, связанную с жизнью в обществе, – в ЭГ и КГ результаты находились на низком уровне.

В конце педагогического эксперимента результаты в ЭГ значительно превосходят таковые в КГ. Это напрямую связано с использованием метода принудительно-индуцированной тренировки, так как данные виды деятельности напрямую связаны с активным использованием паретичной руки.

Анализируя полученные результаты, можно сказать, что прирост показателей имеет место в обеих группах, в ЭГ он составляет в среднем 83,5 %, тогда как в КГ – составляет 36 %. Так как  $t_{\text{набл.}}=3,29 > t_{\text{крит.}}=2,16$ , то можно сделать вывод, что в ЭГ прирост результатов, характеризующих основные критерии жизнедеятельности, достоверно лучше.

Проведенный педагогический эксперимент показал, что использование на занятиях по эрготерапии методики принудительно-индуцированной двигательной терапии является эффективным для восстановления функции верхней конечности у пациентов с ЧМТ в раннем восстановительном периоде.

1. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова. – М.: Антидор, 2003. – 734 с.

2. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. – М.: Антидор, 2004. – 352 с.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРГОТЕРАПИИ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Якимец И.В.**, канд. пед. наук,

Белорусский государственный университет физической культуры,

**Гилевич И.В.**,

ЦКРОиР Октябрьского района г. Минска,

**Сергеева Т.Ф.**,

РНПЦ психического здоровья,

Республика Беларусь

Сегодня наркомания является мировой проблемой, которая присутствует на всех континентах. К тому же она проявляет тенденцию неуклонного роста. Наркоманию называют «белой смертью» по цвету одного из самых распространенных в мире наркотиков – героина, получаемого из опийного мака.

Лечение наркоманий в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом симптоматично, поскольку экспериментальные исследования и клиническая практика еще не выработали единых, общепризнанных методов лечения наркоманической зависимости. Это обстоятельство связано с недостаточным знанием интимных механизмов патогенеза наркоманий, которые, как известно, прежде всего, обусловлены весьма тонкими и вначале малозаметными функциональными изменениями физиологических и биохимических процессов в центральной нервной системе.

Важным принципом лечения является его этапность. Выделяют следующие этапы:

Первый этап – нейтрализации яда в организме (детоксикация). Цель лечебных мероприятий заключается в ликвидации отравления организма наркотическими веществами или проявлений абстинентного синдрома. Нейтрализация предусматривает: удаление еще не усвоенного организмом яда; поддержание таких основных жизненных функций, как кровообращение, дыхание, водно-электролитный баланс и др.; выведение яда, уже усвоенного тканями организма, применение специальных мер в зависимости от рода употреблявшихся паци-

ентом наркотических веществ. В детоксикации организма принципиальным является вопрос о лишении больного возможности принимать наркотики. В настоящее время почти все согласны с тем, что постепенный запрет одурманивающих веществ целесообразен только в далеко зашедших случаях, поскольку в процессе развития абстинентного синдрома могут наступить опасные для жизни осложнения, например эпилептические припадки. В остальных случаях целесообразнее прекращать прием наркотика резко, заменяя одурманивающее вещество соответствующим лекарственным препаратом. В противоположность психической зависимости, которая сохраняется очень долго, иногда даже всю жизнь, физическая зависимость обычно пропадает в течение одной или двух недель абстиненции. Процесс детоксикации особенно необходим в случае передозировки принятого наркотика или появления абстинентного синдрома после прекращения приема одурманивающего вещества. Кроме того, во время первого этапа лечения проводятся меры по восстановлению физических сил больного (особенно для лиц, изнуренных и ослабленных длительным употреблением наркотиков). Существенную роль в этой фазе лечения играют фармакологические средства, которые врач применяет как в целях ослабления абстинентного синдрома, так и в целях укрепления организма и предотвращения его обезвоживания (дегидратации).

Второй этап – устранение последствий отравления. Это, прежде всего, все нарушения функций внутренних органов (печени, почек, легких и др.), патологические изменения нервной системы и иные расстройства. Они могут быть следствием непосредственно отравляющего действия наркотиков или же результатом исключительно неблагоприятного для здоровья образа жизни наркоманов. Медицинские меры на этом этапе направлены на лечение больного с целью нормализации возникших в организме изменений и на общее укрепление организма.

Третий этап – соответствующие меры по преодолению привычки. В этой фазе лечения преобладает воспитательное воздействие. Цель – вызвать у больного отрицательное отношение к наркотическому пристрастию. Достижение этой цели предполагает добиться мерами воспитательного характера прекращения приема одурманивающих веществ. Это не что иное как постоянное ориентирование интересов больного и сосредоточение его эмоциональной сферы на занятиях, полезных для него самого и окружающих. Осуществить это с помощью медикаментов, разумеется, невозможно, поэтому роль врача уменьшается, уступая преобладанию методов психолога, психотерапевта и педагога-ресосоциолога.

Четвертый этап – социальная адаптация (обучение практическим навыкам работы и адаптации в обществе, обучение работе за компьютером, арт-терапия, трудотерапия и др.).

Как видим, представленные этапы терапевтического курса образуют единое целое и их нельзя отделять один от другого. Медицинские мероприятия должны выступать наряду с воздействиями воспитательными. Наиболее короткий этап в процессе лечения наркомании – фаза нейтрализации яда и избавление больного от абстинентного синдрома. Но в основном именно после этого начинается длительный, весьма сложный период избавления наркомана от пагубного пристрастия.

Лечение больного наркоманией – задача весьма сложная по ряду причин. Одна из них – неприязнь большинства наркоманов к лечению, так как они или не хотят порвать с пороком, или не доверяют методам, применяемым врачами.

Другая причина – нарушение абстиненции, чаще всего под влиянием среды, когда возникает своеобразный эффект «вращающейся двери». Об этом свидетельствуют сами наркоманы.

И, наконец, следует признать, что довольно существенная трудность – недостаточная эффективность применяемых методов лечения. Практикующие специалисты по борьбе с наркоманией отмечают: пока результаты не дают повода для особого оптимизма, ибо позитивных сдвигов можно добиться только в комбинации различных методов лечения, используя только индивидуальный подход к каждому конкретному больному с учетом всех нюансов психологического климата в каждой конкретной семье.

В настоящее время наиболее широко применяются следующие методы реабилитации данной категории пациентов: медикаментозная, психотерапия, физиотерапия (электросон, баротерапия), музыкотерапия, эрготерапия (трудо- и арт-терапия).

В процессе реабилитации пациентов с наркотической зависимостью решаются следующие задачи:

- улучшение качества жизни больного после наркотической зависимости;
- отвлечение мыслей больного от проблемы заболевания;
- возвращение больного после наркотической зависимости в нормальное русло жизни.

Трудотерапия – одно из направлений эрготерапии наркозависимых. Лечение трудом является составной частью реабилитационных мер, направленных как на восстановление функций пораженного органа (системы), так и всего организма больного, а также трудотерапия назначается с целью повышения общего тонуса организма. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функцию основных систем больного, мобилизируют его волю, дисциплинируют и приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, освобождают от мыслей и побуждений, возникающих на почве бездействия и праздного времяпрепровождения, отвлекают от ухода в болезнь. Трудотерапия возбуждает психическую активность, направляя ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Она заключается в том, что пациенты под руководством эрготерапевта несколько часов в день работают на улице или занимаются домашним хозяйством. Цель этого направления – открыть в себе новые качества, развить новые навыки, получить удовольствие от работы.

Анализ научно-методической литературы и наблюдение за процессом оказания эрготерапевтической помощи наркозависимым пациентам показали, что на данный момент проблема реабилитации наркозависимых пациентов основывается в первую очередь на применении методик психотерапии. Трудотерапия же не используется в полной мере, ее методика не изменяется на протяжении нескольких десятилетий и не учитывает индивидуальных особенностей наркозависимых пациентов. Все это легло в основу экспериментальной части нашего исследования. Мы предположили, что повысить эффективность проводимых занятий можно путем:

- обязательного включения релаксационной тренировки и психогимнастики для настроя на предстоящую деятельность;
- выбора деятельности с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Это осуществлялось с помощью опросников и специально организованного наблюдения;
- повышения самостоятельности и активности занимающихся. Каждому пациенту (по желанию) предлагалось самому провести на занятии в группе мастер-класс по тем видам деятельности, которые у них получаются лучше всего. Это способствовало развитию самостоятельности, саморазвитию и самоутверждению;
- выполнения в конце занятия группового задания с целью развития коммуникационных навыков.

Экспериментальная часть исследования проводилась на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Методом случайной выборки были сформированы 2 группы: контрольная (КГ) и экспериментальная (ЭГ), в каждую из которых вошло по 10 человек мужского пола в возрасте от 16 до 19 лет. На период исследования все имели неполное среднее образование. Наркотическая зависимость членов группы варьировалась от одного года до полутора лет. Знакомство с наркотиками впервые произошло в компании друзей.

С целью изучения влияния занятий по трудотерапии на пациентов с наркотической зависимостью в ходе педагогического эксперимента были проведены обследования психического состояния до начала эксперимента и после.

Сравнительный анализ полученных результатов обследования, проведенного до эксперимента, свидетельствует об исходной неразличимости контрольной и экспериментальной групп (таблица 1), что позволяет нам проводить дальнейшее сравнение показателей психического состояния в ходе эксперимента.

Таблица 1 – Результаты контрольной и экспериментальной группы в начале исследования

Тест	КГ	ЭГ	Достоверность ( $t_{\text{крит}} = 2,1$ )
САН, баллы	15,3 ± 1,6	16,4 ± 1,6	$t_{\text{набл}} = 0,57$ ( $p > 0,05$ )
Бека, баллы	20,2 ± 0,8	14,7 ± 0,6	$t_{\text{набл}} = 0,51$ ( $p > 0,05$ )
Ч. Спилберга: а) ситуационная тревожность, баллы	40,2 ± 1,8	40,6 ± 1,4	$t_{\text{набл}} = 0,18$ ( $p > 0,05$ )
б) личностная тревожность, баллы	38,4 ± 1,6	37,4 ± 1,4	$t_{\text{набл}} = 0,47$ ( $p > 0,05$ )

Из данных, представленных в таблице, видно, что в начале педагогического эксперимента по всем исследуемым психическим показателям между КГ и ЭГ достоверных различий выявлено не было. Это позволяет нам проводить их дальнейшее сравнение.

После проведения курса реабилитационных мероприятий все участники педагогического эксперимента были повторно протестированы для оценки (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты экспериментальной и контрольной группы в конце педагогического эксперимента

Тест	КГ	ЭГ	Достоверность ( $t_{\text{крит}} = 2,1$ )
САН, баллы	11,7 ± 1,0	9 ± 0,8	$t_{\text{набл}} = 2,18$ ( $p \leq 0,05$ )
Бека, баллы	14,7 ± 0,6	12,6 ± 0,8	$t_{\text{набл}} = 2,10$ ( $p \leq 0,05$ )
Ч. Спилберга: а) ситуационная тревожность, баллы	27,5 ± 1,5	23,6 ± 1,0	$t_{\text{набл}} = 2,11$ ( $p \leq 0,05$ )
б) личностная тревожность, баллы	24,5 ± 1,4	20,4 ± 1,6	$t_{\text{набл}} = 2,12$ ( $p \leq 0,05$ )

Из представленных в таблице 2 результатов видно, что по всем исследуемым показателям результаты в ЭГ достоверно превосходят таковые в КГ, что подтверждает эффективность разработанной нами методики трудотерапии.

Все вышеизложенное подтверждает наше предположение о том, что правильно подобранная для конкретного наркозависимого пациента деятельность на занятиях по трудотерапии в рамках комплексной программы реабилитации способствует выраженному улучшению его психического состояния.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «STEP BY STEP» НА ЗАНЯТИЯХ ПО ЭРГОТЕРАПИИ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА**

**Якимец И.В.**, канд. пед. наук,  
Белорусский государственный университет физической культуры,  
**Малькевич И.В.**,  
Детский дом № 3, г. Минск,  
Республика Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения, умственная отсталость широко распространена во всем мире и составляет до 3 % всего населения. В последние годы отмечается увеличение ее распространенности, преимущественно за счет экзогенных форм [2].

Психическое развитие ребенка с нарушениями интеллекта без специального обучения протекает с большими отклонениями. Прежде отмечается замедленный темп развития; все психические процессы формируются очень медленно и в более поздние сроки, чем у детей с нормальным развитием. Отсутствие активности отмечается во всей сфере жизнедеятельности ребенка. Это сказывается в отношении ребенка как к окружающей предметной деятельности, к явлениям окружающего мира, так и к социальным явлениям – пассивном отношении к своим сверстникам, окружающим взрослым и даже к самому себе [1].

К концу дошкольного возраста у детей с нарушениями интеллекта оказывается несформированной присущая дошкольникам в норме деятельность: предметная, игровая, изобразительная; познавательные процессы: восприятие, память, мышление; плохо развита речь; отмечается существенное недоразвитие моторики. Наряду с отставанием в развитии прослеживаются качественные отклонения. При этом большинство отклонений являются вторичными. Накопление этих отклонений начинается уже в раннем возрасте и препятствует дальнейшему развитию. Именно это является одной из причин чрезвычайной неоднородности показателей развития у разных детей – индивидуальные различия у дошкольников с нарушениями интеллекта выражены сильнее, чем у детей в норме.

Возможности развития детей с нарушениями интеллекта в раннем и дошкольном возрасте связаны с пластичностью нервной системы. Целенаправленное обучение играет для ребенка с ограниченными возможностями большую роль, чем для ребенка в норме, так как его ориентировка в окружающем предметном и социальном мире, возможности общения, самостоятельного анализа и обобщения полученного опыта значительно снижены.

У детей с нарушениями интеллекта под влиянием требований окружающих начинают формироваться прежде навыки самообслуживания. Естественно, что при существующем у них состоянии развития предметных действий это процесс трудный. Движения у детей при выполнении действий, связанных с самообслуживанием, неуверенные, нечеткие, часто замедленные или суетливые, недостаточно целенаправленные. Сильно выражена несогласованность действий обеих рук. В ряде случаев даже у старших дошкольников нет понимания последовательности и логики всех действий, входящих в навык.

Важной задачей эрготерапии является выработка способности детей к выполнению ежедневных обязанностей. Они должны стать самостоятельными, т. е. независимыми от чужой помощи. Эрготерапия создает также предпосылки для посещения школы, адаптации в обществе и для дальнейшей трудовой деятельности.

Для достижения поставленной цели в эрготерапии в педиатрии применяется широкий спектр методик, которые можно условно разделить на два основных направления: первое включает нейропсихологические методики (методики филогенетической направленности и методики, учитывающие преимущественно онтогенетические особенности развития организма); второе за основу берет аналитические методики, направленные на выработку и тренировку отдельных движений посредством использования деятельности.

К основным методикам первого направления относятся методики нейромоторного обучения (Бобат, Кабат, Войта) и прикладные виды двигательной активности.

Значительное место в методиках второго направления занимают занятия по обучению элементам бытовых навыков, тренинг навыков самообслуживания и других компонентов социальной адаптации и стимуляции психомоторной деятельности ребенка с применением занятий соответствующей структуры и использованием специфических материалов.