

**Анита Банди  
Шелли Лейн  
Элизабет Мюррей**

# **Сенсорная интеграция**

## **теория и практика**

перевод с английского  
**Д.В. Ермолаев**  
**Е.М. Мельникова (14–17 главы)**

научное редактирование  
**Д.В. Ермолаев**

второе издание

**Москва**  
**Теревинф**  
**2018**

## глава 10 Теория игры и сенсорная интеграция

**Анита Банди**, доктор наук, эрготерапевт,  
член Американской ассоциации эрготерапевтов

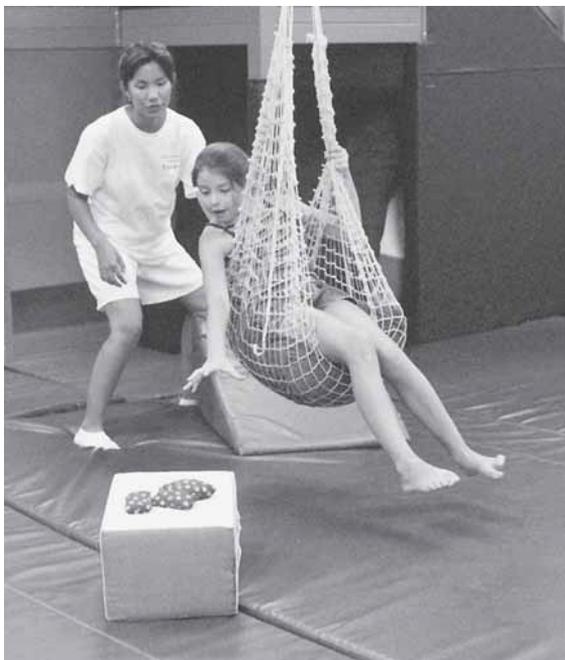
Игра состоит в делании чего-то ради удовольствия. Но какая польза в том, чтобы делать что-то для удовольствия? Какая польза от игры? Вернее, приносит ли она какую-то пользу? Если бы она была бесполезна, мы бы не считали, что желание играть так прочно коренится в нашем естестве и природе любого живого существа... Кажется, что первые несколько лет жизни ребенка... почти полностью проходят в игре. Ничто не тревожит нас так сильно, как вид ребенка, который не играет. Мы рассматриваем это как верный признак болезни либо телесной, либо душевной... [В результате игры] происходит формирование человека. Развитие является главным смыслом игры.

West, 1888, с. 469

«Я бы хотела, чтобы вы были моим тренером», – говорила Кимберли, десятилетняя девочка, в то время пока перепрыгивала через кучу ковриков, раскачивалась вперед, хватала пуфик, отталкивала ногой от стены мат и кидала пуфик в контейнер, который стоял позади нее (рис. 10–1). Когда Лиза, эрготерапевт девочки, ничего не ответила, она продолжила: «Когда я сюда прихожу, я играю. Спортивный зал – это слишком большая работа. Кроме того, я хожу в спортивный зал чаще, чем сюда».

Как практикующие эрготерапевты и исследователи, интересующиеся игрой, мы понимаем, что Кимберли сделала Лизе огромный комплимент. Хотя Кимберли активно вовлекали в решение конкретных терапевтических задач – задач, которые были для нее пугающими и трудными (например, безбоязненно спускаться по лестнице с открытыми проемами), она все же считала свою работу с Лизой игрой. (А недавно Кимберли сообщила, что она быстрее всех спустилась по лестнице с открытыми проемами на ферме, куда она ездила со своим классом.)

Тот факт, что Кимберли считает проводимое с Лизой время одновременно и игрой, и терапией, вполне можно считать достижением. У Кимберли отмечаются значительная гравитационная неуверенность и огромные трудности моторного планирования. В повседневной жизни Кимберли пугает большинство вещей, связанных с движением. Прошлой зимой ее занятия на уроках по лыжам были настоящей пыткой.



**рис. 10–1.** Кимберли во время занятия придумала себе задачу (фотография сделана Shay McAtee, напечатано с разрешения.)

Но во время терапии Кимберли прыгает с поверхностями, находящимися на высоте более четырех футов от земли. Она качается в сетчатом гамаке, визжа от удовольствия. Она кувыркается через четырехфутовый мяч. Такова сила тщательно организованной игры!

В настоящее время Кимберли как будто состоит из двух разных людей. В обычной жизни гравитация является ее врагом, и она отвечает на это тем, что предпочитает малоподвижные виды деятельности и тихие игры с мамой. Участвуя в играх, задействующих общую моторику (часто в играх с отцом), она боится и нервничает.

Конечно, основной целью в работе с Кимберли является попробовать кататься на велосипеде, коньках, играть в футбол, т.е. включить все, что вызывает у нее трудности, в игру. Тогда ее работа с Лизой будет завершена. Возможно, Кимберли время от времени будет пробовать все это – ради того, чтобы поиграть!

## Торжество игры

После многих лет пребывания в роли второстепенного средства игра наконец заняла должное место в эрготерапии. Мы открыто изучаем игру. Мы пишем о ней. Мы обсуждаем ее на конференциях. Мы (по крайней мере иногда) признаем, что играем с детьми в клинике. Короче говоря, мы начинаем брать на себя ответственность за понимание игры, ее определение, развитие и оценку ее эффективности в терапии.

Игра многолика; пожалуй, это наиболее сложное явление, с которым имеют дело эрготерапевты. Игра – важнейшее занятие, сопровождающее нас всю жизнь, а

также мощное средство терапевтического воздействия. Наконец, игровое отношение<sup>1</sup> – это стиль поведения и подход к каждодневным событиям. Ни одно из других основных занятий не сменяет свои лики так легко. Мы даже в мыслях не можем надеяться заставить кого-либо подходить к жизни с точки зрения «повседневных действий»<sup>2</sup>. И хотя трудовые навыки могут быть основной целью терапии, редко можно ожидать, что терапия будет восприниматься как работа. Скорее мы надеемся сделать работу больше похожей на игру (Csikszentmihayli, 1975a, 1990, 1993, 1996), и что у наших пациентов будет развиваться способность к адаптации как еще один результат игрового отношения (Sutton-Smith, 1997).

## Цели и задачи

Хотя игра является деятельностью, средством и подходом, в данной главе мы сосредоточимся на игровом подходе к терапии. Здесь мы обращаемся к организации игровых занятий в рамках игровой среды. Поскольку наша книга посвящена теории сенсорной интеграции, в этой главе содержится обсуждение терапии с точки зрения сенсорно-интегративного подхода. В следующих разделах главы кратко рассмотрим игру как деятельность и проанализируем взаимосвязь между сенсорно-интегративной дисфункцией и игрой.

## Определение игры в игровой терапии

Тема игры всегда вызывает сложности (Sutton-Smith, 1997). Возможно, игра как в широком, так и в узком смысле слова никогда не получит такого определения, которое удовлетворило бы исследователей разных направлений. Тем не менее, если мы хотим заниматься терапией в игровой форме, нам надо принять несколько общих положений относительно игры. Следующие рассуждения, основанные главным образом на работах такого педагога, как Neumann (1971), имеют целью дать рабочее определение игры, которое могли бы использовать эрготерапевты, старающиеся проводить терапию в игровой форме.

Neumann (1971) выделила три критерия игры: относительный внутренний контроль, свобода от некоторых ограничений реальности и наличие внутренней мотивации. Neumann (1971) полагала, что любое взаимодействие, включающее эти три элемента, можно считать игрой. Тем не менее, она признавала, что:

...редко кому доводилось сталкиваться с полным внутренним контролем, полной внутренней мотивацией или исключительно внутренней реальностью. Сле-

<sup>1</sup> Англ. – *playfulness* (Прим. ред.).

<sup>2</sup> Англ. – *activities of daily living* (сокр. ADLs) – термин, означающий повседневные действия по удовлетворению бытовых нужд человека, в том числе умывание, одевание, питание, передвижение по дому и т.д. (Прим. ред.).

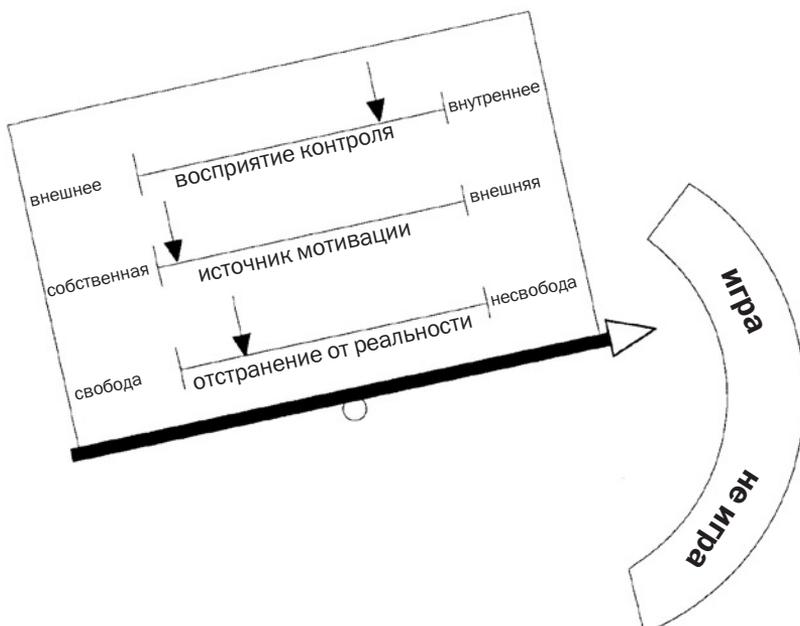
довательно, игра и неигра могут рассматриваться как противоположные полюсы континуума... Степень соответствия критериям игры определяется тем, к какой области континуума относится взаимодействие (с. 163).

Рассмотрение игры как континуума, пожалуй, является наиболее значительным вкладом, который сделала Neumann (1971) в область эрготерапии, особенно когда игра используется как средство развития других навыков и способностей. Neumann предупреждала, что в том случае, когда игра используется как средство, ситуацию взаимодействия в значительной мере контролирует не играющий, а кто-то другой. Когда это имеет место, играющий может почувствовать, что его кто-то контролирует извне. Если относительно высокая внутренняя мотивация или свобода от некоторых ограничений реальности не компенсирует контроль со стороны терапевта, то это взаимодействие не будет игрой, и преимущества игры будут потеряны. На рис. 10–2 представлен вклад каждого из элементов игры (внутреннего контроля, внутренней мотивации и свободы от некоторых ограничений реальности) в континуум «игра – неигра».

Основываясь на концепции Neumann (1971), мы предложили следующее рабочее определение игры, которое могли бы использовать практикующие эрготерапевты, стремящиеся сделать терапию игрой. Игра является таким взаимодействием индивидуума со средой, которое характеризуют:

- относительная заинтересованность деятельностью как таковой;
- относительный внутренний контроль;
- свобода от некоторых ограничений объективной реальности.

Игровое взаимодействие представляет собой континуум форм поведения, являющихся более или менее игровыми в зависимости от степени присутствия в них описанных критериев (см. рис. 10–2).



**рис. 10–2.** Континуум «игра – неигра». Предположительный баланс между восприятием контроля, источником мотивации и отстранением от реальности

Поскольку организация терапии в игровой форме является трудным делом, мы постоянно проводим оценку взаимодействия терапевта с пациентом с целью определения, в какой участок континуума «игра – неигра» оно попадает. В случае необходимости мы подстраиваем аспекты одного или нескольких элементов игры, чтобы сместить баланс в сторону игры. Необходимо дополнительно обсудить все элементы игры, поскольку каждый из них важен для оценки того, является ли взаимодействие игрой в конкретный отрезок времени, и поскольку эти элементы переплетаются между собой и их трудно разделить.

### **Относительная заинтересованность деятельностью как таковой**

Rubin с коллегами (1983) указывали на то, что внутренняя заинтересованность деятельностью как таковой является практически общепризнанной неотъемлемой чертой игры. Согласно этому определению человек занимается тем, что его заинтересовало, посколькоку его привлекает что-то в самой деятельности, а не по чьей-то инструкции и не ради какой-либо цели, находящейся вне самого процесса (например, выигрыш, признание).

Другие авторы (напр., Berlyne, 1966; Neumann, 1971; Piaget, 1962; White, 1959) придавали особое значение взаимосвязи между мотивацией и внутренним побуждением человека. Эта взаимосвязь важна для эрготерапевтов, поскольку обычно нам недостаточно знать, что данная деятельность заинтересовала человека. Мы также хотим знать что-то об источнике этой мотивации.

Людей может интересовать в данной деятельности получение удовольствия или какие-то другие ее привлекательные свойства. Описано множество различных привлекательных свойств и источников удовольствия. Например, White (1959) связывает заинтересованность деятельностью с умением что-то сделать, а Berlyne (1966) – с достижением оптимального уровня активации. Социальное взаимодействие считается таким же распространенным мотивирующим фактором (например, Csikszentmihalyi, 1975a), как и конкуренция (Caillois, 1979; Csikszentmihalyi, 1975a), и поиск ощущений как таковых (Caillois, 1979).

Мотивация различна у разных людей, даже если они занимаются одним и тем же (Csikszentmihalyi, 1975a). Поскольку мы стараемся создать такие виды деятельности, которые мотивировали бы наших пациентов, важно определить, что привлекает каждого конкретного пациента, и встроить эти вещи в занятия. Таким образом, источник внутренней мотивации пациента определяет виды занятий, которые будут задействованы в терапии.

Каким образом, независимо от источника мотивации, мы узнаем, что человек заинтересован деятельностью как таковой? И как мы можем этому способствовать? Чтобы оценить, присутствует ли во взаимодействии заинтересованность деятельностью, мы должны знать признаки этой заинтересованности. Чтобы заинтересовать человека какой-либо деятельностью, мы обеспечиваем ему различные возможности. Однако мы должны избегать конкуренции с его собственной мотивацией или ее подавления.

Когда человек заинтересован деятельностью как таковой, он полностью увлечен ею. Csikszentmihayli (1975a, 1975b, 1979, 1990) говорил в таких случаях, что «человек находится в состоянии потока». Поток увлекает человека, когда деятельность не слишком трудна, чтобы вызвать беспокойство или тревогу, и одновременно не слишком легка, чтобы вызвать скуку; такая деятельность представляет собой «соразмерную задачу» (Ayres, 1972; Berlyne, 1969; Csikszentmihayli, 1975b, 1979). Взаимосвязь между задачей, навыками и состоянием потока показывает, как заинтересованность деятельностью может зависеть от внутреннего контроля.

К важным чертам потока относятся возможность концентрации на ограниченном стимульном поле, а также понятная и однозначная обратная связь, являющаяся частью деятельности. Общая особенность занятий, применяемых в сенсорно-интегративной терапии, состоит в том, что они дают четкую обратную связь. Клиент сразу же видит, попал ли он в цель, допрыгнул ли до желаемого места. Наши параллельные комментарии относительно выполнения заданий уменьшают вовлеченность клиента в поток, даже если мы стремимся ему помочь, поскольку отвлекают внимание от выполнения заданий (Ayres, 1972).

Другими признаками того, что клиент мотивирован и вовлечен в процесс выполнения заданий, являются упорство и повторение упражнений. Клиенты настойчиво продолжают делать задания, которые их мотивируют, даже при значительных затруднениях ради чистого удовольствия, получаемого при их выполнении. Многие также повторяют упражнения, которые им приятны. Специалисты должны знать о стремлении клиентов повторять задания. По плану нам бывает нужно в процессе занятия выполнить несколько заданий, однако прерывание упражнений, которыми человек полностью увлечен, является крайне разрушительным для потока терапевтического занятия. Более продуктивным путем введения новых целей является постепенное изменение задачи в рамках той же деятельности, пока поддерживается непрерывное течение занятия. Здесь нет определенных правил относительно того, сколько упражнений нужно сделать в процессе занятия и сколько времени надо потратить на каждое из них. Мы полагаем, что задание стоит продолжать до тех пор, пока сохраняется мотивация, пока клиент не стал в совершенстве выполнять задание или пока время занятия не истекло. Действительно, признаком хорошо спланированного занятия может быть небольшое количество упражнений с незаметными переходами между ними.

Определенные виды заданий, те, что особенно мотивируют детей (часто это игры на общую моторику), также вызывают у игроков восторг, богатство ощущений и радость. Хотя проявления радости могут быть признаком заинтересованности, для нас более важным критерием служит то, насколько клиент включен в деятельность. Часто человек настолько поглощен занятием, что не осознает получаемое удовольствие. В конце клиент может отметить, что упражнение ему понравилось, но такие общие признаки «удовольствия», как смех, улыбка и подобные проявления практически отсутствовали, пока он выполнял задания. Более того, не все виды деятельности сопровождаются знаками очевидного наслаждения. Например, в большинстве случаев мы сочли бы странным, если бы человек хихикал и визжал от радости, когда он собирает пазл. Наблюдая за теми видами деятельности, в которые человек пол-

ностью погружен или которые приносят ему большую радость, можно получить много информации. Тщательный анализ таких видов деятельности может дать важную информацию об источниках заинтересованности каждого конкретного клиента.

Хотя заинтересованность деятельностью как таковой является важной частью игры и терапии, не все виды упражнений делаются только ради получения удовольствия в процессе их выполнения. Многие клиенты сильно мотивируются, по-дружески соревнуясь с терапевтом или набирая очки, что является видами внешней мотивации. Хотя мы часто используем некоторые виды внешней мотивации, мы вводим их в рамках той деятельности, которая нравится клиенту сама по себе. Внешние мотивирующие факторы являются исключительно дополнительными средствами.

### **Относительный внутренний контроль**

Относительный внутренний контроль является наиболее важным элементом игрового взаимодействия (Neumann, 1971), хотя это признается не всеми исследователями игры. Если игроки контролируют ситуацию, они могут действовать согласно своей мотивации, определяя, с кем, как, когда и во что играть. Подобным образом игроки, которые контролируют ситуацию, могут снять отдельные ограничения реальности и, изменяя некоторые обычные правила, превращать предметы, себя самих или других в то, чем они на самом деле не являются. Понятно, что все составляющие игры в некоторой степени зависят от относительного внутреннего контроля.

Основополагающим аспектом внутреннего контроля является ощущение физической и эмоциональной безопасности. В отличие от реальной жизни, в процессе терапии Кимберли могла весело спрыгивать с различных поверхностей и раскачиваться в сетчатом гамаке, потому что она чувствовала себя в безопасности. Поверхности вокруг нее и снизу имели покрытие из пеноматериала, и она была уверена, что Лиза боится ее от всяких неприятностей.

Безопасность отчасти обуславливается относительным соответствием задачи и навыков клиента. Это соответствие дает возможность клиенту чувствовать ответственность за свои действия. Csikszentmihalyi (1975a, 1975b, 1990, 1993, 1996, 1997) указывал, что люди оказываются наиболее включенными (отражение заинтересованности деятельностью) в те виды развивающих занятий, в которых задействуются их сильные стороны и где они достигли результата, чуть-чуть превышающего их возможности. Клиенты не могут успешно выполнять такие задачи каждый раз, когда они возникают; не каждый раз можно попасть в цель мешочком с фасолью. Тем не менее, оптимальный уровень успешности индивидуален. Некоторым клиентам с сенсорно-интегративной дисфункцией сначала необходим относительно высокий уровень успеха, поскольку в жизни они чувствуют себя очень неуспешными. Однако специалисты должны знать, что если клиент чрезмерно успешен, ему быстро надоедают занятия.

Если клиент недостаточно включен, занятия не являются ни терапией, ни игрой. Более того, если занятия не ведут к адаптивному взаимодействию, они не будут терапевтическими. Адаптивным является такое взаимодействие, которое протекает хотя бы немного лучше, чем раньше. При этом «немного лучше» можно понимать как «еще немного легче» или «немного более спонтанно».

Когда клиент чувствует, что может управлять ситуацией, он помогает решать, какого рода упражнения будет делать. Клиенты могут вносить свои предложения относительно темы игры или помогать выбирать необходимое для занятия оборудование и игрушки. Однако хотя клиент чувствует, что он управляет ситуацией, это не означает, что он ведет занятие. Хорошее занятие, даже если оно проходит в игровой форме, не является беспорядочным. Специалист, проводящий сенсорно-интегративное занятие, обязательно должен хорошо представлять себе ясную и реальную жизненную цель. Чем больше задача воспроизводится в процессе занятия, тем быстрее она будет решена. Нельзя ожидать, что клиент, не имеющий навыков анализа деятельности, которыми владеет специалист, сможет включить в занятие все компоненты деятельности, которые требуются для достижения цели.

Настоящее чувство внутреннего контроля проявляется, когда клиент разделяет этот контроль со своими товарищами по игре либо со специалистом. Клиенты могут делиться с другими своими идеями относительно деятельности и договариваться о том, чтобы их потребности удовлетворялись в рамках занятия.

## Относительная свобода от некоторых ограничений реальности

Есть по крайней мере два важных аспекта относительной свободы от некоторых ограничений реальности:

1. Способность воображать себя кем-либо или включаться в воображаемую игру (Neumann, 1971; Rubin и др., 1983; Sawyer, 1997).
2. Сокращение цепочки действий, которые могут соотноситься с выполнением той же деятельности в «реальной жизни» (Vandenberg & Kielhofner, 1982).

В игре и на занятиях клиенты должны быть свободны для преобразования себя и того, чем они занимаются, во все, что пожелают (Neumann, 1971). Одним из парадоксов игры является возможность вообразить, что качели-бревно – это бык, а сам ребенок – знаменитый наездник. Благодаря тому, что ребенок может вообразить себя и качели тем, чем они не являются (наездником и быком), терапевтическое занятие приобретает для него истинный смысл. Вероятно, если бы занятие заключалось только в том, что ребенок, не представляя себя никем, просто пытался удержаться на качелях, когда терапевт их раскачивает, оно было бы для него не таким значимым.

Относительная свобода от некоторых ограничений реальности состоит не только в возможности игры «понарошку». Для клиентов с сенсорно-интегративной дисфункцией объективная реальность обычно предъявляет множество ограничений, которые мешают игре. Среди этих ограничений не последнее место занимает боязнь движения или прикосновений. Гравитация также представляет огромное препятствие для тех, у кого мышечный тонус или поструральные реакции недостаточны для сопротивления ей, а также для тех, у кого есть страх падения или отклонения от вертикального положения. Сложные игрушки могут оказывать деморализующее воздействие на ребенка с недостаточностью навыков моторного планирования. Специалисты стараются организовать занятие и среду таким образом, чтобы минимизировать или вовсе устранить ограниченные возможности клиента. Создавая для клиента безопасную среду, где, в отличие от реальной жизни, он не терпит таких неудач, педагог

временно приостанавливает реальность, что облегчает и игру, и достижение терапевтических целей.

Специалисты, регулярно работающие с детьми, относительно легко и искусно участвуют в игре понарошку и приспособливают предметную среду так, чтобы минимизировать последствия нарушений ребенка. Однако для них могут представлять затруднения другие аспекты относительной свободы от некоторых ограничений реальности. Например, такой вид приостановки реальности, как шалость, вызывает у многих взрослых неловкость.

Шалость связана с нарушением привычных правил. Например, в большинстве случаев не разрешается обливать педагога из водяного пистолета, бить его по голове подушкой или спрыгивать со стола. Безусловно, все это нельзя нарочно делать на занятии. Однако мы должны различать, что это – подлость, злое намерение или истинная шалость. Истинная шалость требует умений и делается с блеском в глазах, а не со злобой в сердце (Bundy, 2000). Благодаря тому, что клиенты ощущают себя непослушными, шалость может быть сильным мотивирующим фактором. Более того, шалости прекрасно помогают детям узнать, что в определенное время при определенных обстоятельствах некоторые поступки допустимы, но при других обстоятельствах и в другое время эти же действия неприемлемы.

Снятие ограничений реальности может быть весьма полезным, но мы должны понимать, что не всякая эффективная эрготерапия включает игру или преобразование реальности. Не все клиенты могут автоматически переносить навыки, полученные в ходе терапии, в свою повседневную жизнь. Хотя игра является мощным средством для приобретения навыков, специалистам также приходится заниматься отработкой на занятии навыков в контексте реальных дел, чтобы быть уверенным, что приобретенные навыки могут быть использованы. Наконец, нам надо отслеживать результаты терапии, расспрашивая клиентов и их родственников или наблюдая, как клиент использует новоприобретенные навыки в своей повседневной жизни.

Линда, студентка-эрготерапевт, некоторое время работала с восьмилетним Максом, имеющим сенсорно-интегративную дисфункцию. Линда спросила Макса, что он думает по поводу занятий, и он ответил: «Это было здорово и весело, но я так и не умею играть в вышибалы. Когда кто-то кидает в меня мяч, я закрываю глаза, и мяч попадает в меня. И я никогда не попадаю мячом в других ребят. Я прицеливаюсь, но мяч пролетает мимо, и ребята смеются».

Уже в течение некоторого времени Линда и супервизор Джилл, который знал о желании Макса научиться лучше играть в вышибалы, включали в сенсорно-интегративные занятия упражнения, в которых надо было кидать и ловить мяч из пеноматериала. Казалось, что навыки мальчика намного улучшились. Поэтому педагоги были несколько обеспокоены его жалобой.

Линда решила проводить с Максом занятия в еще более проблемно-ориентированном ключе на улице, используя мяч, подобный тому, с которым он играл в зале. Она просила его многократно кидать мяч и пытаться уворачиваться, когда кидала мяч в него. Она неоднократно говорила ему две вещи: «Смотри на мяч и бросай низко».

Когда Макс пришел на следующей неделе, Джилл спросил, как у него дела с игрой в вышибалы. Он ответил: «Немного лучше. Я делал так, как говорила Линда, и это

мне помогло». Джилл спросил: «А что Линда тебе говорила?» Мальчик ответил: «Смотреть на мяч и бросать низко».

Хотя первоначально занятия с Максом основывались на сенсорно-интегративных принципах, Линда и Джилл отреагировали на потребность Макса помочь применить формируемые навыки в реальной жизни. Они нарушили обычный ход терапии и работали над тем, что больше всего беспокоило Макса в данный момент, а именно – игрой в вышибалы.

Для Макса игра в вышибалы была не игрой, а настоящей работой (и на тот момент – очень приятной). Несмотря на то что Макс был мотивирован, игра в вышибалы была для него связана с такими нетипичными для игры чувствами, как тревога и смущение. Таким образом, занятия Линды с Максом ни в каком смысле не могут характеризоваться как игра. На самом деле Макс настаивал, чтобы они подобрали подходящий мяч для того, чтобы их игра была, насколько это возможно, приближена к реальности.

В ходе терапии возможности Макса улучшились, и он приобрел многие навыки, необходимые ему для успешного овладения игрой в вышибалы. При этом сам он не осознавал, что на занятиях приобрел те самые навыки, которые были ему необходимы для игры в вышибалы. Более того, казалось, он не понимал, что для успешной игры надо бросать мяч низко. Когда Макс начинал играть в вышибалы по-настоящему, он по-прежнему закрывал глаза, хотя на занятиях научился смотреть на мяч из пеноматериала, который ловил.

Линда и Джилл применили хороший метод эрготерапии. Когда возникла такая необходимость, они вышли за рамки как игры, так и сенсорной интеграции. Они не были уверены, что Макс сможет автоматически перенести в реальную жизнь навыки, приобретенные им на занятиях. Они спросили, как он сам оценивает результаты занятий. Более того, Линда и Джилл были готовы проводить занятие, в котором реальность не приостанавливалась. И они добились явных изменений в жизни своего юного клиента.

Таким образом, свобода отстраняться от некоторых ограничений реальности путем игры понарошку, минимизация последствий этих ограничений, поддержание шалостей и подобных видов поведения являются мощными инструментами терапии. Однако мы должны иметь в виду, что бывают обстоятельства, когда требования реальной жизни становятся приоритетными.

## Организация среды, способствующей игре

На занятиях среда является важной частью игры. Когда мы хотим, чтобы занятие было игровым, мы стараемся удостовериться, что в окружающей обстановке присутствуют определенные элементы. Rubin с коллегами (1983) выделяли следующие характеристики:

- наличие ряда знакомых детей, игрушек и других предметов, вызывающих интерес у ребенка;
- выраженная словами, жестами или установленная по соглашению договоренность между взрослыми и детьми, что дети будут иметь возможность выбрать деятельность во время занятия;

- взрослый должен быть не директивным и как можно меньше вторгаться в деятельность ребенка;
- дружелюбная обстановка, направленная на то, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно и безопасно;
- занятие должно проходить в таком режиме, чтобы снизить вероятность возникновения у ребенка усталости, голода, болезненных ощущений и других видов физического стресса (с. 701).

Когда присутствуют все перечисленные факторы, вероятность возникновения игры максимальна. Однако само по себе создание теоретически игровой среды не гарантирует, что игра возникнет на самом деле. Понятно, что специалисты должны внимательно следить, происходит ли игра, когда это требуется.

## Возможности игры в терапии

Когда Ayres (1972) писала об «искусстве терапии», она характеризовала квалифицированного специалиста как человека, который помогает ребенку освоить среду. Ее терминология аналогична используемой White (1959), который приводил убедительные аргументы, доказывающие, что людям необходимо длительное обучение в рамках игры для того, чтобы хорошо овладеть окружающей средой.

Если игра является средством, с помощью которого человек овладевает окружающей средой, тогда она должна быть среди наиболее мощных терапевтических инструментов. Умение играть с клиентами является искусством, которым владеют немногие специалисты. Когда клиент воспринимает эрготерапевта как человека, с которым можно весело поиграть, это является высшей формой похвалы.

Игра и терапия, основанная на принципах сенсорной интеграции, имеют много общих черт. Терапия, основанная на принципах сенсорной интеграции, включает разные виды занятий, которые дают возможность получения усиленных ощущений, обеспечивают постановку корректных задач и требуют адаптивного взаимодействия.

Терапия является наиболее успешной, когда деятельность сама по себе интересна, клиент является активным участником и контролирует по крайней мере некоторые аспекты занятия. Во всех обсуждениях сенсорно-интегративной терапии обязательно указывается, что клиентам должна быть обеспечена как физическая, так и психологическая безопасность. Другими словами, должны быть устранены некоторые ограничения объективной реальности, а также не должно быть неблагоприятных последствий при попытке выполнения трудных заданий (см. главу 12).

Хотя игра и терапия имеют много общего, они не являются синонимами. Когда клиенты играют во время эрготерапии, основанной на принципах теории сенсорной интеграции, они это делают определенным предсказуемым образом. Это значит, что не все виды игры могут использоваться при данном типе терапии. В терапии, основанной на принципах теории сенсорной интеграции, клиенты применяют свои сенсорные навыки для взаимодействия со средой. Среда организована таким образом, чтобы дать возможность получить усиленные ощущения. Клиенты могут повторять выполнение специальных упражнений, пока поставленная задача не будет

решена. Клиенты полностью включаются в игру и проявляют мастерство при адаптивном взаимодействии. Они часто могут представлять себя, терапевта и предметы окружающей среды чем-то, чем они на самом деле не являются. Таким образом, терапия, основанная на теории сенсорной интеграции, проводимая в полной мере, характеризуется особым набором игровых взаимодействий, в которых все виды активностей включают усиленные ощущения. Создание игровой среды и стимуляция игры у клиентов с нарушениями является непростым делом (Anderson и др., 1987; Rast, 1986). Однако игра – это именно то, к чему стремятся специалисты, использующие в своей работе принципы сенсорной интеграции. Игра и неигра представляют собой не противопоставление, а скорее континуум поведенческих проявлений (Neumann, 1971). Если во время занятия специалисту необходимо занимать относительно директивную позицию, он может это компенсировать, делая акцент на тех видах активности, которые особенно мотивируют клиента, а также на игре понарошку и шалостях. Внедрение терапевтических задач в занятия в игровой форме является общепринятой схемой, поскольку она предполагает совместную работу специалиста и клиента.

Хотя клиенты могут играть во время терапии, она не должна выглядеть как игра (Rast, 1986). Терапия исходит из реальных жизненных целей. Многие дети могут принимать участие в постановке этих целей. Мы должны помочь им понять, каким образом определенный вид активности помогает достижению цели. Например, цель Кимберли заключалась в том, чтобы научиться без страха спускаться по лестнице с открытыми проемами. Лиза помогла ей осознать, что при отталкивании ногами от стены она научится лучше чувствовать, где находятся ее ноги, и впоследствии ей будет легче спускаться по лестнице.

Лиза пыталась создать у Кимберли ощущение, будто она играет, предлагая ей те виды активности, которые ее внутренне мотивировали и при которых задачи точно соответствовали ее навыкам. Тем не менее Лиза организовывала занятия так, что они имели характер терапии. То есть у нее был план. Лиза вводила конкретный вид усиленных ощущений в определенном количестве в зависимости от того, какое адаптивное поведение она наблюдала. Руководствуясь теорией, поставленной целью и реакцией Кимберли, Лиза была готова совсем немного менять упражнения так, чтобы они одновременно отвечали и целям игры, и целям терапии. И игра, и направленное терапевтическое воздействие приносили пользу Кимберли.

Игра и игровое взаимодействие являются мощными терапевтическими инструментами. Игра способствует развитию навыков. Способность специалиста (и, в идеале, клиента) играть способствует созданию атмосферы, в которой возникает игра (Tickle-Degnen & Coster, 1995). Когда игра и способность играть сочетаются с квалифицированным терапевтическим воздействием, они могут вести к реальным изменениям в жизни клиента. Специалисты, наиболее эффективно использующие принципы сенсорной интеграции при работе с детьми с нарушениями ЦНС, стремятся играть на занятии.

Не всякая игра может быть хорошей терапией, каким бы мощным средством она ни являлась, и не всякая хорошая терапия является игрой. Терапия, основанная на принципах сенсорной интеграции, должна отличаться степенью свободы, которую она оставляет для игры. Более того, хотя Ayres (1972) редко использовала слово «игра»,

она гениально разработала терапевтический подход, при котором терапия легко могла становиться игрой. Однако для решения задач повседневной жизни многим клиентам с сенсорно-интегративной дисфункцией требуется не только сенсорно-интегративная терапия. Им также необходимы специальные инструкции, касающиеся навыков, которыми они стремятся овладеть. История о том, как Макс учился играть в вышибалы, является одним из бесчисленных примеров этого принципа.

Рано или поздно игра и терапия расходятся. Это случается даже тогда, когда целью терапии является развитие у клиента умения играть. Игра является сложным явлением. Чтобы быть хорошим игроком, необходимо нечто большее, чем сенсорная интеграция и обучение игре в мяч, ведь практически любой бытовой навык требует не только игры. Важно не просто использовать игру или сенсорную интеграцию, а четко понимать цели и проводить терапию, затрагивающую все основные аспекты этих целей.

## Роль сенсорной интеграции в игре

Игра является мощным инструментом терапии, но также она является ведущей деятельностью. Эффективная переработка ощущений и использование их для оптимального взаимодействия дают возможность клиенту контролировать ситуацию и чувствовать свою ответственность за происходящее. Настоящее игровое взаимодействие зависит от того, в какой степени клиент, с его точки зрения, контролирует ситуацию (Kooij & Vrijhof, 1981; Neumann, 1971; Rubin и др., 1983). Более того, те, кто считает, что локус контроля является скорее внутренним, чем внешним, являются лучшими игроками (Kooij & Vrijhof, 1981; Morrison и др., 1991).

В этом разделе анализируются связи между сенсорной интеграцией и теорией игры. Вначале описываются следствия теории сенсорной интеграции, касающиеся игры. Затем мы обращаем внимание на исследования, которые начинают изучать точки пересечения игры и сенсорной интеграции. Заканчивается раздел констатацией пробелов, которые у нас имеются в обеих областях.

### Следствия, вытекающие из теории сенсорной интеграции

Логично было бы предположить, что у некоторых лиц с сенсорно-интегративной дисфункцией также может нарушаться способность играть. Конечно, тот, кто ощущает, что находится во власти сил гравитации, либо испытывает страх, может чувствовать, что не контролирует ситуацию во многих действиях, характерных для игры. Lindquist с коллегами (1982) подытожил теоретические взаимосвязи сенсорно-интегративной дисфункции и игры:

Очевидно, что то, насколько адекватно происходит сенсорная интеграция, будет влиять на то, как играет клиент. На сенсомоторном уровне способность ребенка интегрировать и организовывать ощущения будет иметь первостепенное значение для эффективного использования своего тела в игре. На конструк-

тивном уровне такие конечные продукты сенсорной интеграции, как праксис, координация «глаз – рука», а также зрительное восприятие, будут влиять на качество взаимодействия ребенка с объектами. И, наконец, на социальном уровне такие конечные продукты сенсорной интеграции, как уверенность в себе и самоуважение, могут влиять на то, насколько охотно ребенок взаимодействует, сотрудничает и находит свое место в компании детей, а также на то, насколько хорошо у него это получается (с. 434).

Чтобы играть, необходимо ощущение, что ты свободен выбирать, во что и как играть. Нужно уметь минимизировать те ограничения, которые накладывает реальность, а также свободно взаимодействовать с людьми и предметами, которые их заинтересовали. Необходимо уметь действовать исходя из своей мотивации. Поскольку сенсорная интеграция является одной из основ игры, теория сенсорной интеграции дает специалистам понимание и не прямые способы оценки некоторых нейроповеденческих предпосылок игры. Дефицит сенсорной интеграции самым непосредственным образом связан со способностью взаимодействовать с людьми и предметами и с тем, как индивид воспринимает, насколько он контролирует ситуацию. Дисфункция сенсорной интеграции также может влиять на то, какие типы занятий могут заинтересовать человека (Clifford & Bundy, 1989).

Дефицит способности интегрировать и организовывать вестибулярную и проприоцептивную информацию проявляется в ослаблении постуральных реакций, недостаточности билатеральной интеграции и развертывания последовательности движений, в гравитационной неуверенности и непереносимости движений. Точно так же дефицит переработки тактильной информации может приводить к недостаточности моторного планирования либо к тактильной защите. Хотя некоторые из этих проявлений могут снижать способности к игре, между недостаточностью различения тактильных стимулов и дефицитом игровых навыков существует качественное различие. Нам необходимо внимательно относиться к переходу от одного к другому.

## Исследования игры и сенсорной интеграции

Предположение, что сенсорно-интегративная дисфункция у маленьких детей приводит к ослаблению способности играть, было проверено в серии исследований, проведенных Bundy (1987, 1989) и Clifford (теперь O'Brien) и Bundy (1989). Они наблюдали 61 мальчика (30 обычно развивающихся и 31 с диагностированной сенсорно-интегративной дисфункцией) в течение 30 минут как в помещении, так и на улице в ситуации свободной игры. Они фиксировали свои наблюдения за поведением в ситуации игры с помощью *Шкалы игрового поведения у дошкольников* (Preschool Play Scale; Bledsoe & Shepherd, 1982).

Средние оценки ребят, у которых имелась сенсорно-интегративная дисфункция, были значительно ниже средних оценок других детей как по всем шкалам в целом, так и по трем отдельным шкалам из четырех: *Освоение пространства*, *Освоение материала*, *Участие*. Однако дальнейший анализ результатов выявил, что примерно у одной трети ребят с сенсорно-интегративной дисфункцией оценки, полученные по

*Шкале игрового поведения у дошкольников*, соответствовали нормальным оценкам детей, которые были младше испытуемых не более, чем на шесть месяцев, и вполне укладывались в спектр оценок, полученных нормально развивающимися детьми. Таким образом, сенсорно-интегративная дисфункция не во всех случаях приводит к дефициту игровых навыков.

Более того, хотя Bundy (1987) нашла статистически значимые корреляции между оценками по *Шкале игрового поведения у дошкольников* и оценками, полученными при выполнении *Теста на моторную ловкость Брунинкса – Озерецкого* (Bruininks, 1978), ни одна из этих корреляций не имела значения более  $r = 0,40$ ; большинство же было гораздо ниже. Таким образом, ребята со слабой моторной координацией (и теоретически наихудшей сенсорной интеграцией) не всегда демонстрируют самые плохие игровые навыки, и наоборот.

Наконец, Clifford и Bundy (1989) с помощью *Оценки предпочтения игрового материала у дошкольников* (Preschool Play Materials Preference Inventory; Wolfgang & Phelps, 1983) и *Шкалы игрового поведения у дошкольников* (Bledsoe & Shepherd, 1982) показали, что мальчики дошкольного возраста как с сенсорно-интегративной дисфункцией, так и без нее предпочитали игрушки, связанные с подвижными играми (например, качели, горки), игрушкам, связанным с конструированием или сюжетной игрой. Однако когда предпочтения мальчиков (процент игрушек, которые они выбирали из каждой игровой категории) сравнили с текущими показателями по *Шкале игрового поведения у дошкольников*, у многих ребят имело место существенное расхождение между игровыми предпочтениями и их способностями. Дети же с сенсорно-интегративной дисфункцией менее чем в одной трети случаев проявляли выраженное предпочтение тех типов игрушек, для игры в которые требовались способности, не соответствовавшие их возрасту.

## **О чем не говорят (или не могут сказать) нам теория сенсорной интеграции и исследования игры**

Исследования, проведенные к настоящему времени, указывают на то, что не всегда сенсорно-интегративная дисфункция приводит к нарушению игровых навыков и игрового поведения. Однако исследования в этой области ограничивались мальчиками дошкольного возраста с разнородными нарушениями сенсорной интеграции. Кроме того, методы оценки, используемые до настоящего времени, позволяли выявить скорее игровые навыки и предпочтения игрового материала, нежели способность к игре. Таким образом, исследования оставляют некоторую неясность. Какие последствия сенсорно-интегративная дисфункция имеет для игры у детей старшего возраста и у взрослых? Снижена ли у людей с сенсорно-интегративной дисфункцией способность к игре по сравнению с теми, кто развивается обычным образом? Различается ли влияние сенсорно-интегративной дисфункции на игру у мальчиков и у девочек? Как изменения игровых предпочтений (особенно у детей) отражают актуальные возможности?

Есть дети, постоянно избегающие игр с другими детьми из-за боязни, что до них дотронутся. Несомненно, эти дети изолируют себя от одной из ключевых сфер, в

рамках которой развиваются социальные навыки, необходимые им на протяжении всей жизни. Верно ли это и в отношении моторных навыков? Как много человеку нужно играть в подвижные игры, чтобы отработать моторные реакции, которые ему будут необходимы, чтобы адекватно справляться с задачами повседневной жизни (Clifford & Bundy, 1989)? Vandenberg (1981) полагает, что социальное взаимодействие скорее возникает в контексте подвижных игр, нежели игр, связанных с мелкой моторикой. Если это действительно так, то те, кто избегает подвижных игр, могут, не желая того, препятствовать развитию и тренировке своих навыков социального взаимодействия. Это лишь несколько из множества вопросов, на которые предстоит ответить в результате будущих исследований.

Хотя только Bundy и Clifford (Bundy, 1987, 1989; Clifford & Bundy, 1989) систематически изучали игровые навыки у лиц с сенсорно-интегративной дисфункцией, было проведено несколько исследований, которые имеют отношение к данной теме. В них описывается игра (или досуг) у детей и подростков с задержкой когнитивного развития (Bryan, 1976, 1978; Levy & Gottlieb, 1984; Margalit, 1984). Хотя указанные исследования не могут в полной мере ответить на поставленные нами вопросы, они указывают на то, что эти вопросы резонны и имеют большое значение с точки зрения терапии.

Как сообщает Margalit (1984), досуг у подростков с задержкой когнитивного развития в большей мере состоит из таких видов активности, как просмотр телевизора. Другие исследователи (Bryan, 1976, 1978; Levy & Gottlieb, 1984) сконцентрировались на социометрическом статусе детей с задержкой когнитивного развития, а также на их способности адекватно вписываться в ситуации, связанные с социальным взаимодействием. Неудивительно выводы большинства исследователей, что такие ребята находятся в относительно более изолированной позиции и что они не знают, как начать взаимодействие и реагировать на различные социальные проявления.

Если результаты этих исследований можно перенести на лиц с сенсорно-интегративной дисфункцией (а любые обобщения такого рода должны делаться с осторожностью), тогда важно делать все возможное, чтобы способствовать развитию игры. В некоторых случаях это может означать работу, направленную на улучшение сенсорной интеграции, в других – означать работу, направленную непосредственно на развитие игры. В большинстве же случаев это означает и то, и другое.

Очевидно, что способность перерабатывать сенсорную информацию может определенным образом влиять на способность играть. Таким образом, теория сенсорной интеграции дает специалистам информацию, которая может объяснить некоторые проблемы клиента, связанные с игрой. Кроме того, наблюдение клиента в ситуации игры может дать специалисту достоверную информацию о его сенсорно-интегративных возможностях. Наконец, игра является важнейшей составляющей сенсорно-интегративной терапии. Однако теория сенсорной интеграции не является в первую очередь теорией игры; это теория о некоторых нейроповеденческих основах игры. Игра является крайне сложной функцией (Sutton-Smith, 1997); она представляет собой конечный продукт взаимодействия большого числа врожденных свойств, а также приобретенных навыков. Сенсорная интеграция – это лишь одна из множества предпосылок игры.

## Принципы оценки игры и работы с недостаточностью игры у клиентов с сенсорно-интегративной дисфункцией

Взаимосвязь игры и сенсорной интеграции остается не вполне ясной как с точки зрения теории, так и с точки зрения существующих исследований. Существует пять важных моментов, касающихся игры у клиентов с сенсорно-интегративной дисфункцией.

Во-первых, чтобы выяснить, насколько хорошо играет клиент, наблюдайте за его игрой. Отслеживайте признаки того, что сенсорно-интегративная дисфункция мешает реализации навыков, но отслеживайте не только это. Наблюдайте, чтобы увидеть, насколько хорошо он играет. Кроме того, важно увидеть игру ребенка в различной обстановке. Исследование, проведенное Vandenberg (1981), показывает, что игрушки, доступные в различных обстоятельствах, оказывают заметное влияние на тип игры, в которой участвует ребенок. Vandenberg показал, что более интенсивное социальное взаимодействие происходит в условиях, способствующих подвижным играм, нежели в условиях, способствующих играм, связанным с мелкой моторикой. Он считает, что в процессе игр, связанных с мелкой моторикой, меньше нужно взаимодействовать со сверстниками, поскольку обстановка больше способствует тому, чтобы каждый играл сам по себе. Из этого исследования вытекают выводы, важные для специалистов, располагающих ограниченным временем, но стремящихся оценить навыки игрового взаимодействия клиента с другими людьми или способности к игре.

Стандартизированные инструменты, такие, как *Тест способности к игре* (Test of Playfulness; Bundy, 2000), *Пересмотренная шкала игрового поведения у дошкольника* (Revised Preschool Play Scale; Knox, 1997), а также *Тест поддерживающих свойств окружения* (Test of Environmental Supportiveness; Bundy, 1999), представляют собой средства для систематического обследования игровых способностей ребенка, навыков, которые ребенок использует в игре, а также того, насколько окружающая обстановка способствует игре, соответственно. Другие средства оценки, такие, как *Оценка поведения клиента, связанного с игрой* (Client Behaviors Inventory of Playfulness; Rogers и др., 1998), дает инструмент для описательной оценки игровых способностей ребенка. Оценка проводится родителями клиента либо другим взрослым, хорошо знакомым с ребенком. Стандартизированные инструменты существенно повышают качество оценки игры.

Эрготерапевтические исследования, особенно исследование сенсорно-интегративной функции, дороги и занимают много времени. Многие специалисты считают, что у них нет оснований тратить дополнительное время для исследования игровых способностей. При этом значение игры для жизни человека трудно переоценить. Сенсорно-интегративная дисфункция как таковая не представляет проблемы, вполне поддаваясь работе в рамках эрготерапии; однако сенсорно-интегративная дисфункция начинает представлять проблему, когда не дает участвовать в самых обычных занятиях (включая игру) и выполнять социальные роли (в том числе роль игрока).

Во-вторых, если вы хотите выяснить, довольны ли клиенты тем, как они играют, спросите их об этом. Спросите родителей ребенка и его учителя. Выясните, кто их лучшие друзья и почему им нравятся именно эти люди. Спросите, с кем бы они хотели играть, если бы могли выбирать кого угодно, и узнайте почему. Даже если вы имеете дело с совсем маленькими детьми, узнайте, что они больше всего любят делать и что им нравится меньше всего, и выясните почему. Таким образом можно получить множество сведений о людях и об их сенсорно-интегративной функции и дисфункции. Возможно, вы увидите существенные различия между клиентами, которые довольны своей игрой (даже если они проводят время совсем не так, как их сверстники), и теми, кто на самом деле хотел бы играть в те же игры, что и остальные, но у них не получается. В последнем случае есть очевидный риск сниженной самооценки (Clifford & Bundy, 1989).

Хотя можно получить ответ путем задавания прямых вопросов, также существуют измерительные методы, направленные на выявление индивидуальных предпочтений в игре. Большинство этих тестов просто устроены, их можно быстро и легко провести. Некоторые из них, такие, как *Педиатрический профиль интересов* (Pediatric Interest Profiles; Henry, 2000), включают показывание на картинках предпочитаемых занятий либо ответы на вопросы в письменной форме (для подростков). Преимущество использования таких методик получения информации в том, что человек может выразить свое отношение к большому количеству вариантов. Таким образом специалист получает более целостное представление об игровых предпочтениях ребенка.

В-третьих, не следует полагать, что улучшение сенсорно-интегративной функции будет автоматически приводить к улучшению игры. Игра, так же, как и другие сферы, более явным образом связанные с сенсорной интеграцией (например, улучшение моторных навыков и самооценки), является сложным феноменом. Со временем люди начинают понимать, что они могут и чего не могут делать в рамках игры. Во многих случаях их мнение о своих способностях не изменяется лишь потому, что улучшились их навыки или сенсорно-интегративная функция. Иногда специалист уверен, что клиенту вполне доступно какое-то занятие, но сам клиент считает, что не справится с ним. Если все-таки удастся убедить клиента попробовать, то он радуется своим новым возможностям. Однако тот факт, что многие клиенты избегают занятий, в которых раньше были неуспешны, говорит о том, что самовосприятие не изменяется автоматически вместе с улучшением навыков и сенсорно-интегративной функции.

Кроме того, недавно появившейся навык, который ребенок может использовать в клинике под присмотром эрготерапевта, автоматически не переносится в ситуацию детской площадки или дома. Levitt (1975), наблюдая за детьми на детской площадке и на терапевтическом занятии, выяснила, что ребенок в рамках структурированного терапевтического занятия демонстрирует более высокие способности по сравнению с ситуацией детской площадки. Очевидно, что до того как клиент сможет использовать навык спонтанным образом, этот навык должен быть многократно отработан в ситуации, где результаты выполнения того или иного действия не имеют такого значения, как в реальной жизни. История обучения Макса игре в вышибалы является лишь одним из бесчисленных примеров, которые мы можем найти.

В-четвертых, чтобы улучшить как игру, так и сенсорно-интегративную функцию, с ребенком надо играть. Клиенту с бедной игрой и с сенсорно-интегративным дефицитом нужно задать модель поведения в игре, его нужно научить тому, как играть (Dunkerley и др., 1997; Lyons, 1984; Tickle-Degnen & Coster, 1995). На самом деле, Sutton-Smith (1980) полагает, что при установлении игрового взаимодействия роли тренера или наблюдателя могут иметь даже более существенное значение, нежели роли игроков. Работая с клиентами, которые плохо умеют играть, нужно уделять пристальное внимание тому, чтобы на занятии были все элементы игры (т.е. заинтересованность деятельностью как таковой, преобладание внутреннего контроля, свобода от некоторых ограничений реальности).

Наконец, клиентам и их близким либо другим значимым людям нужно говорить о различиях в том, как клиент воспринимает мир и как его воспринимают окружающие. Подталкивайте ребенка к тому, чтобы он приходил на терапию с другом. Специалист может легко спланировать терапевтическое занятие, которое отвечает потребностям клиента, но с привлечением друга. Родители могут помочь выбрать товарища, который был бы готов участвовать в занятиях. Выбранному другу обычно нравится на занятии, так что клеймо терапии легко исчезает даже в случае детей старшего возраста. Мы не считаем, что терапия, основанная на теории сенсорной интеграции, должна проводиться одновременно с двумя клиентами. Этот вопрос более подробно мы обсуждаем в главе 12. Скорее, мы считаем, что множество преимуществ имеет проведение терапии с одним клиентом и с его обычно развивающимся товарищем. Такое занятие включает развитие навыков взаимодействия с другими людьми, а также дает опыт совместных переживаний, которые могут стать основой дружбы.

## Краткое содержание и заключение

Игра является мощным инструментом терапии. Для многих клиентов наиболее существенным вторичным результатом эрготерапии может быть улучшение способности играть. Тщательно спланированная и проводимая терапия, основанная на теории сенсорной интеграции, может в значительной мере способствовать развитию игры. Точно так же игра, как элемент хорошо продуманного терапевтического плана, может вести к улучшению сенсорной интеграции. Хотя сенсорно-интегративная дисфункция может приводить к нарушению игры, мы не считаем, что при дефиците сенсорной интеграции всегда имеет место ухудшение в сфере игры. Очевидно, что эта область требует дальнейших исследований.

## Литература

- Anderson, J., Hinojosa, J., & Strauch, C. (1987). Integrating play in neurodevelopmental treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 41, 421–426.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Bateson, G. (1972). Toward a theory of play and fantasy. In G. Bateson (Ed.), *Steps to an ecology of the mind* (pp. 177–193). New York: Bantam.
- Berlyne, D. E. (1966). Curiosity and exploration. *Science*, 153, 25–33.
- Berlyne, D. E. (1969). Laughter, humor and play. In G. Lindzert & E. Aronson (Eds.). *The handbook of social psychology* (Vol 3). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bledsoe, N. P., & Shepherd, J. T. (1982). A study of reliability and validity of a preschool play scale. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 783–788.
- Bryan, T. (1976). Peer popularity of learning disabled children: A replication. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 34–43.
- Bryan, T. (1978). Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 11, 107–115.
- Bruininks, R. H. (1978). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency examiner's manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Bundy, A. C. (1987). The play of preschoolers: Its relationship to balance and motor proficiency and the effect of sensory integrative dysfunction. Doctoral dissertation, Boston University.
- Bundy, A. C. (1989). A comparison of the play skills of normal boys and boys with sensory integrative dysfunction. *Occupational Therapy Journal of Research*, 9, 84–100.
- Bundy, A. C. (1999). *Test of environmental supportiveness (TOES) manual*. Ft. Collins, CO: Colorado State University.
- Bundy, A. C. (2000). *Test of playfulness manual* (Version 3). Ft. Collins, CO: Colorado State University.
- Caillois, R. (1979). *Man, play, and games*. New York: Schocken.
- Clifford, J. M., & Bundy, A. C. (1989). Play preference and play performance in normal boys and boys with sensory integrative dysfunction. *Occupational Therapy Journal of Research*, 9, 202–217.
- Csikszentmihayli, M. (1975a). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Csikszentmihayli, M. (1975b). Play and intrinsic rewards. *Humanistic Psychology*, 15, 41–63.
- Csikszentmihayli, M. (1979). The concept of flow. In B. Sutton-Smith (Ed.). *Play and learning* (pp. 257–274). New York: Gardner.
- Csikszentmihayli, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper-Collins.
- Csikszentmihayli, M. (1993). *The evolving self: A psychology for the third millennium*. New York: Harper-Collins.
- Csikszentmihayli, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper-Collins.
- Csikszentmihayli, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic.
- Dunkerley, E., Tickle-Degnen, L., & Coster, W. (1997). Therapist-child interaction in the middle minutes of sensory integration treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 799–805.
- Henry, A. (2000). *The pediatric interest profiles: Surveys of play for children and adolescents*. San Antonio: Therapy Skill Builders.
- Knox, S. (1997). Development and current use of the Knox Preschool Play Scale. In L. D. Parham & L. S. Fazio (Eds.). *Play in occupational therapy for children*, (pp. 35–51). St. Louis: Mosby.
- Kooij, R. V., & Vrijhof, H. J. (1981). Play and development. *Topics in Learning and Learning Disabilities*, 1, 57–67.
- Levitt, S. (1975). A study of the gross motor skills of cerebral palsied children in an adventure playground for handicapped children. *Client Care, Health and Development*, 1, 29–43.

- Levy, L., & Gottlieb, J. (1984). Learning and nonlearning disabled children at play. *Remedial and Special Education, 5*, 43–50.
- Lindquist, J. E., Mack, W., & Parham, L. D. (1982). A synthesis of occupational behavior and sensory integration concepts in theory and practice, Part 2: Clinical applications. *American Journal of Occupational Therapy, 36*, 433–437.
- Lyons, M. (1984). A taxonomy of playfulness for use in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal, 4*, 152–156.
- Margalit, M. (1984). Leisure activities of learning disabled children as a reflection of their passive life style and prolonged dependency. *Client Psychiatry and Human Development, 15*, 133–141.
- Morrison, C. D., Bundy, A. C., & Fisher, A. G. (1991). The contribution of motor skills and playfulness to play. *American Journal of Occupational Therapy, 45*, 687–694.
- Neumann, E. A. (1971). *The elements of play*. New York: MSS Information.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in child-hood*. New York: Norton.
- Rast, M. (1986). Play and therapy, play or therapy? In C. Pehoski (Ed.), *Play: A skill for life* (pp. 29–42). Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- Rogers, C. S., Impara, J. C., Frary, R. B., Harris, T., Meeks, A., Semanic-Lauth, S., & Reynolds, M. R. (1998). Measuring playfulness: Development of the client behaviors inventory of playfulness. In S. Reifel (Ed.), *Play & culture studies* (Vol. 1, pp. 121–136). Greenwich, CT: Ablex.
- Rubin, K., Fein, G. G., & Vandenberg, B. (1983). Play. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (4th ed, vol. 4, pp. 693–774). New York: Wiley.
- Sawyer, R. K. (1997). *Pretend play as improvisation: Conversation in the preschool classroom*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sutton-Smith, B. (1980). A “sportive” theory of play. In H. Schwartzman (Ed.), *Play and culture* (pp. 10–19). West Point, NY: Leisure.
- Sutton-Smith, B. (1997). *The ambiguity of play*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Tickle-Degnen, L., & Coster, W. (1995). Therapeutic interaction and the management of challenge during the beginning minutes of sensory integration treatment. *Occupational Therapy Journal of Research, 15*, 122–141.
- Vandenberg, B. (1981). Environmental and cognitive factors in social play. *Journal of Experimental Psychology, 31*, 169–175.
- Vandenberg, B., & Kielhofner, G. (1982). Play in evolution, culture and individual adaptation: Implications for therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 36*, 20–28.
- West, M. A. (1888). *Childhood: Its care and culture*. New York: Law, King & Law.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297–323.
- Wolfgang, C., & Phelps, P. (1983). Preschool play materials preference inventory. *Early Child Development and Care, 12*, 127–141.



## глава 11 Оркестровка терапии: практика как искусство

**Анита Банди**, доктор наук, эрготерапевт,  
член Американской ассоциации эрготерапевтов  
**Джейн Кумар**, доктор наук, эрготерапевт,  
член Американской ассоциации эрготерапевтов

Шаги, необходимые для достижения ситуации, в которой ребенок начинает эффективно организовывать себя в рамках заданной терапевтом структуры, невозможно сделать по команде; их можно только отыскать. В этом заключено искусство терапии.

Ayres, 1972, с. 259

Об эрготерапии уже давно говорят и как об искусстве, и как о науке (American Occupational Therapy Council on Standards, 1972; Neistadt & Crepeau, 1988). В то время как наука подспудно ассоциируется со знаниями и теориями (Mosey, 1981), искусство сосредоточено на отношениях (Peloquin, 1989, 1990, 1998), а также творческом и осмысленном использовании деятельности (Creighton и др., 1995; Peloquin, 1989, 1998). Наука логична, в то время как искусство мы понимаем как нечто почти божественное. Художник Alex Grey (1998) говорил: «Искусство – это общение одной души с другой» (с. 19). «Задача художника не может сводиться только к тому, что можно понять с помощью слов и рассудка; только когда появляется невидимый магнетизм, его работа выполнена» (с. 10).

Хотя искусство в значительной степени загадочно, Peloquin (1989) отмечает, что искусство – это душа эрготерапевтической практики. То, что привносит искусство, вполне очевидно. Оно лежит в основе установления доверительных отношений, формирования мотивации, считывания различных сигналов и реакций педагога, искусного подбора заданий и поддержания терапевтических видов активности. «Искусство в своих лучших проявлениях... вдохновляет и изменяет нас» (Grey, 1998, с. 9). Mosey (1981) заявил, что «без искусства... эрготерапия стала бы использованием научных знаний в полном вакууме» (Peloquin, 1989, с. 220).

Хотя искусство в практике эрготерапевта занимает важное место, то же самое в равной мере относится ко всем другим дисциплинам. Без сомнения, все мы читали или слышали истории о враче, который смог выявить редкое заболевание у своего пациента, о психотерапевте, чья работа с клиентом была поистине благотворной, об архитекторе или дизайнере, которые великолепно вписали свое произведение в существующий ландшафт. Эти специалисты успешны, поскольку их работа представляет собой искусство.

## Цели и содержание

Эрготерапия в целом и терапия, основанная на теории сенсорной интеграции в частности, относятся к самоактуализации и предоставляют клиенту возможность делать то, что ему хочется и необходимо делать в повседневной жизни (Fisher & Murray, 1991; Neistadt & Crepeau, 1988). Курс терапии состоит из ряда значимых событий, решений и процессов. Плавное продвижение во время терапии в определенной степени является искусством. В этой главе обсуждаются важные аспекты терапии, которые скорее имеют отношение к искусству:

- принятие решения о том, с чего начать;
- отношения терапевта и клиента;
- создание безопасной среды;
- включение в занятие состязательности;
- включение ролевой игры;
- оценка с помощью интонаций, предъявление обратных связей и инструкций;
- создание задач на пределе возможного;
- сохранение баланса между свободой и структурой;
- поиск мотива;
- изменение или прекращение текущей игры или занятия.

В конце главы обсуждается, как специалисты могут помочь своим пациентам осознать свою сенсорно-интегративную дисфункцию, завершить терапию и стать более ловкими. Хотя мы не можем предложить каких-то правил применительно к аспектам терапии, больше связанным с искусством, мы предлагаем конкретные истории и практические находки, которые дал нам опыт. Поскольку искусство практики тесно связано со способностью играть, мы также отсылаем читателя к главе 10.

## Принятие решения о том, с чего начать

После того как мы пришли к выводу, что имеющиеся у клиента проблемы могут быть логичным образом объяснены с помощью теории сенсорной интеграции, и вместе с клиентом и его близкими сформулировали ряд задач, мы должны решить, какие терапевтические цели являются первичными. Это необходимо, чтобы выстроить надежный фундамент для решения этих задач. Для пациентов с сенсорно-интегративной дисфункцией термин «фундамент» относится как к переработке сенсорных ощущений, так и к процессам, которые она обуславливает, таким, как постуральный контроль, праксис и модуляция (см. с. 40, рис. 1–3). Это те из важных кирпичиков, из которых строится выполнение различных видов деятельности.

Как и многие другие составляющие терапевтического процесса, принятие решения о том, какая цель является первичной, требует творческого анализа. После того как решение принято, мы действуем так, как считаем правильным, – т.е. мы планируем терапию, которая непосредственно отражала бы наше решение. Однако мы понимаем, что можем промахнуться, так что мы постоянно отслеживаем, насколько точно попали. Мы изменяем фокус, на который направлена терапия, когда есть при-

знаки, указывающие на то, что его нужно изменить. Мы проиллюстрируем принятие решения о том, какая цель является первичной, двумя зарисовками. Вначале мы расскажем историю, в которой все признаки указывают на то, что мы приняли правильное решение. Во втором случае нам пришлось менять первоначальную цель.

Мелани – пятилетняя девочка, посещающая подготовительную группу. У нее были некоторые проблемы с поведением в классе. Она часто жаловалась, что другие дети бьют ее, хотя дети говорили, что они лишь похлопывают Мелани (например, чтобы обратить ее внимание), а учительница никогда не видела никаких драк. Мелани постоянно ходила по классу, редко присаживаясь более чем на несколько секунд. Она постоянно манипулировала своими вещами и вещами других людей. Когда звенел звонок или звучал сигнал учебной тревоги, она начинала рыдать.

У Мелани была необычная привычка забираться на полку над вешалками для пальто и спрыгивать оттуда. Учительницу удивляло такое поведение, поскольку она понимала, что Мелани делает это не для того, чтобы привлечь внимание. На самом деле она, казалось, вообще не обращает внимания на реакцию своей учительницы и одноклассников. Когда ее прямо спросили, зачем она залезает на полку, Мелани ответила: «Мне нравится прыгать».

Мелани испытывала значительные трудности на уроке физкультуры и на детской площадке. Она так и не научилась прыгать через скакалку, несмотря на индивидуальные занятия с физическим терапевтом. Ее родители говорили, что она не могла качаться на качелях, – то есть делать то, чему соседские дети научились еще до четырех лет. Обычно во время отдыха она бесцельно бегала вокруг. Казалось, Мелани не очень оценивает, где находится относительно качелей, так что она рисковала удариться.

Помимо проблем с общей моторикой и сенсорной модуляцией были и другие. Мелани не интересовалась ни раскрашиванием, ни написанием букв, из которых состояло ее имя. Когда ее все-таки удавалось уговорить что-нибудь написать, было видно, что она делает это очень плохо. Отсутствие интереса и слабые способности отмечали ее родители и учительница.

Обследование, проведенное эрготерапевтом, выявило у Мелани соматодиспраксию и сенсорную защиту. Результаты обследования нам пригодились, чтобы понять те трудности, которые испытывала Мелани в своей повседневной жизни, а также помогли выдвинуть следующие цели, которые стали частью ее индивидуальной программы обучения:

- не давать слишком сильных реакций в ответ на легкие прикосновения и громкие звуки во время урока;
- удерживаться от нежелательного поведения (например, небезопасные прыжки с высоты, перебирание чужих вещей);
- играть, не подвергаясь риску, на детской площадке;
- научиться прыгать через скакалку и качаться на качелях;
- научиться правильно писать все буквы и цифры.

Для достижения этих целей мы решили вначале сфокусироваться на улучшении сенсорной модуляции у Мелани. Определить, насколько эффективна проводимая терапия (и то, насколько хорошим был наш план), мы могли, наблюдая за реакцией Мелани на неожиданные прикосновения и звуки, а также за ее склонностью к поиску



**рис. 11–1.**

Раскачивание лежа на животе на качелях-лягушке (Фотография сделана Shay McAtee, печатается с разрешения.)



**рис. 11–2.**

Раскапывание предметов, зарытых в коробке с сухой фасолью (Фотография сделана Shay McAtee, печатается с разрешения.)

сенсорных ощущений, получаемых необычным образом. Мы надеялись, что улучшение переработки сенсорных ощущений (одним из элементов которой является модуляция) также будет способствовать развитию схемы тела, постурального контроля и праксиса, что позволит сформировать навыки, связанные с общей и мелкой моторикой, которые необходимы для качания на качелях, написания печатных букв, а также для игры со скакалкой. Если мы увидим признаки формирования этих навыков, нам станет ясно, что наш выбор того, с чего следует начинать, был правильным.

Чтобы улучшить модуляцию, мы предложили Мелани занятия, которые включают как активные перемещения, так и сопротивление перемещениям. Мелани особенно любила качаться лежа на животе в качелях-лягушке<sup>1</sup> (рис. 11–1). Мы также давали ей сильные тактильные ощущения (например, закапывая ее в шарики в сухом бассейне или давая искать крупные предметы в ящике, заполненном фасолью; рис. 11–2).

Мы сконцентрировались на улучшении модуляции у Мелани, чтобы помочь ей более адекватно реагировать на то, что происходит в обычной жизни. Улучшая переработку сенсорной информации, мы также надеялись улучшить ее схему тела, тонус мышц-разгибателей и постуральную стабильность, поскольку многие занятия, в которых нужно сопротивляться перемещениям и которые приводят к получению сильных проприоцептивных ощущений, способствуют развитию именно этих функций.

Поскольку вначале Мелани было очень трудно прыгать через скакалку, раскачиваться на качелях и раскрашивать, мы не стали начинать с выполнения этих задач. То, как она использовала сенсорные ощущения и владела своим телом, казалось настолько

<sup>1</sup> Качели-лягушка (Frog Swing) крепятся на растягивающейся стропе и обеспечивают поддержку живота. С помощью ног и рук ребенок может контролировать силу отскока. Используются, в частности, для детей с гравитационной неуверенностью и пониженным мышечным тонусом. – *Прим. пер.*

неадекватным, что ей было бы мало пользы от отработки таких навыков. В то же время нельзя сказать, что мы сосредоточились только на модуляции сенсорных ощущений без того, чтобы уделить хоть какое-то внимание моторным навыкам и способностям.

По мере того как у Мелани улучшалась сенсорная модуляция (было видно, насколько более адекватно она реагировала на события в своей повседневной жизни), мы стали более направленно работать с ее постуральной стабильностью, праксисом и, в конечном итоге, с формированием навыков. Однако мы все время держали в голове тот факт, что нашей основной целью изначально было улучшение модуляции.

Через несколько месяцев Мелани нейтрально или положительно реагировала на легкие прикосновения и разнообразные звуки. Вскоре после этого она могла отыскивать мелкие предметы (например, мелкие монетки, мелкие колышки) в ящике с фасолью, что говорило об усилении способности к различению тактильных стимулов и об улучшении мелкой моторики. Вместе с этим ее учительница отмечала, что у Мелани стало значительно меньше неадекватных манипуляций с предметами в классе. Во время перемены она также стала пробовать рисовать на доске и раскрашивать.

Еще некоторое время спустя Мелани уже не добывала вестибулярные ощущения. Тогда же она перестала прыгать в раздевалке.

По мере улучшения постурального контроля и схемы тела Мелани училась использовать разнообразные снаряды, для которых требовались хороший тонус мышц-разгибателей и постуральная подстройка (например, качели-планер и доску-самокат). В конце концов у нее развилась билатеральная координация и способность к серийной организации движений, необходимые для бросания мешочков с фасолью или мячиков в движущуюся мишень. Тогда же она стала интересоваться раскачиванием на качелях и игрой со скакалками. После недельной тренировки Мелани могла это делать настолько хорошо, что получала удовольствие. Ее безопасность во время перемен больше не вызывала беспокойства. Кроме того, теперь Мелани писала свое имя, а также могла хорошо написать все печатные буквы.

Решить, с чего начинать, – это настоящий вызов практике как искусству. Если есть нарушение модуляции, обычно мы прежде всего направляем свои усилия на него, при этом одновременно надеясь получить продвижение и в других областях. Однако нет каких-то жестких правил касательно того, какой должна быть первая цель терапии. Кроме того, у некоторых клиентов имеет место несколько типов модуляторной дисфункции. Так как же нам решить, что должно быть сделано в первую очередь?

Джоди была двадцатилетней пациенткой, которая испытывала значительные трудности в связи с сенсорной защитой и гравитационной неуверенностью. Она жаловалась, что ей мешает тактильная защита, особенно на работе и в отношениях с людьми. Таким образом, казалось логичным начать терапию с сильных тактильных ощущений, стараясь снизить их воздействие. Однако Джоди не могла переносить никаких тактильных ощущений, даже когда она производила их сама. Кроме того, существенное препятствие для проведения терапии, основанной на теории сенсорной интеграции, представляла выраженная гравитационная неуверенность. Поскольку нам удалось добиться очень незначительного прогресса в плане снижения тактильной защиты (т.е. решение, которое мы приняли, по-видимому, было ошибочным), мы изменили задания и стали работать с ее гравитационной неуверенностью. Мы

вовлекали Джоди в различные занятия, которые обеспечивали повышение сопротивления к перемещениям (т.е. усиление проприоцепции) и вестибулярные ощущения, связанные с линейными перемещениями (см. главу 12). Спустя несколько недель Джоди уже не так боялась передвижений. Хотя она была рада этим изменениям, она еще более была рада сообщить, что снизилась ее тактильная защита.

Снижение тактильной защиты у Джоди было неожиданным результатом. Поэтому мы попытались для ее объяснения применить теорию. Мы предположили, что нарушение сенсорной модуляции по крайней мере отчасти обусловлено плохой переработкой сенсорной информации в лимбической и ретикулярной системах (см. главу 2). По-видимому, улучшить переработку тактильной информации можно было с помощью занятий, связанных с усиленными вестибулярными и проприоцептивными ощущениями. Возможно, потому, что как лимбическая, так и ретикулярная системы участвуют в интеграции поступающей сенсорной информации, усиление одних сенсорных ощущений может влиять на переработку других сенсорных ощущений.

В случае Джоди мы послушались своей творческой интуиции и изменили план терапии. Это дало гораздо более существенные результаты, чем те, которые мы пытались получить вначале. Внимание к неожиданным результатам и осознание их теоретических оснований вносит лепту в развитие практики как искусства. Теперь мы больше не считаем, что в основе работы с тактильной защитой должно лежать тактильное воздействие.

## Отношения клиента и терапевта

Эрготерапия всегда осуществляется в контексте межличностных отношений. В эрготерапевтической литературе различные авторы в явном или неявном виде писали о практике как искусстве (Ayres, 1972; Creighton и др., 1995; Dunkerley и др., 1997; Mat-tingly & Fleming, 1994; Mosey, 1981; Peloquin, 1998; Tickle-Degnan & Coster, 1995). Tickle-Degnan и Coster (1995), а также Dunkerley с коллегами (1997) специально писали о взаимодействии клиента и терапевта в контексте терапии, основанной на теории сенсорной интеграции, при этом отмечая, что во время сессий специалисты и дети вместе играют и работают.

В эрготерапии, как и в психотерапии, отношения между клиентами и специалистами очень важны для конечного результата терапии (Eltz & Shirk, 1995; Hopkins & Tiffany, 1983; Luborsky и др., 1988; Orlinsky & Howard, 1986; Peloquin, 1990; Shirk & Russell, 1996; Shirk & Saiz, 1992). Так, Kaplan с коллегами (1993) считают, что изменения, которые происходят в результате терапии, основанной на теории сенсорной интеграции, могут обуславливаться отношениями, которые формируются между клиентом и специалистом. Терапевтический альянс пронизывает весь терапевтический процесс. Искусство лежит в основе установления и поддержания отношений – процесса, который мы описываем как цепочку постоянных изменений, происходящих как внутри одного занятия, так и на протяжении всей терапии в целом.

Терапевтический процесс начинается с первой встречи терапевта с клиентом или его близкими, которые хотели бы, чтобы он провел диагностику. Затем процесс прохо-

дит несколько этапов, включая оценку, планирование терапии, ее реализацию и завершение. Многие из этих аспектов терапии мы обсуждаем в этой главе, в главе 9, а также в других работах (Bundy, 1995). Взаимоотношения между клиентом и терапевтом играют критическую роль. Когда в роли клиента выступает ребенок, формирование терапевтического альянса может происходить особенно сложно по тем причинам, которые анализируют Shirk и Russell (1996). Искусство построения терапевтических отношений лежит в основе способности специалиста выступать в качестве помощника.

## Терапевтический альянс

Shirk и Russell (1996) используют термин «*терапевтический альянс*» по отношению к такому типу отношений, который дает возможность клиенту целенаправленно решать свои проблемы. Наличие общих целей и ощущение, что специалист будет помогать клиенту на пути к этим целям, является важным аспектом терапевтического альянса. Участие детей, особенно маленьких, в постановке целей может быть затруднено, поскольку определение целей подразумевает готовность и способность человека осознавать свои ограничения. Способность понимать свои трудности и участвовать в составлении плана, направленного на их уменьшение, требует определенного уровня доверия, а также когнитивных возможностей; это также подразумевает, что специалист помогает ребенку. Описанные Shirk и Russell (1996) проблемы, с которыми сталкивается эрготерапевт, выстраивая такого рода альянс, сходны с проблемами, которые решает психотерапевт при работе с детьми. Shirk и Russell описывают причины некоторых из этих проблем.

Очень часто кажется, что подготовительный период выстраивания отношений между ребенком и терапевтом связан исключительно с формированием положительного эмоционального фона. На практике «подготовка» означает, что терапевт присоединяется к ребенку в качестве партнера по игре и не делает ничего такого, что может испортить возникающие отношения, например, не затрагивает неприятные темы. Таким образом, терапевтический процесс часто воспринимается вязнущим в бесконечных встречах, ... на которых занимают чем-то, что имеет не очень большое отношение к проблемам ребенка. На самом деле терапия «не завязла», но ее пытаются ограничить неким представлением о лечении, которое имеет мало общего с терапевтической работой. Нельзя рассчитывать на то, что изначально ребенок будет ориентирован на терапевта как на своего помощника. Точно так же нельзя ожидать, что ребенок начнет обсуждать свои проблемы и трудности, если терапевт не приложит усилий, чтобы выстроить с ребенком такие отношения, в рамках которых можно оказывать помощь. Другими словами, подготовительный период терапии с ребенком включает нечто большее, чем формирование позитивных отношений; он включает развитие позитивных отношений, связанных с оказанием помощи. *Цель терапевта не просто быть для ребенка приятным (это является неотъемлемой частью любой терапии, а в случае некоторых детей может быть отдельной задачей), но стать тем человеком, которого ребенок воспри-*

*нимают как помощника, который может помочь... [уменьшить] трудности (с. 174; выделено автором).*

Поскольку занятия, связанные с терапией, основанной на теории сенсорной интеграции, могут быть очень приятными, специалист очень легко может превратиться в «партнера по игре» и забыть о своей задаче помочь ребенку увидеть свои трудности и принять участие в постановке целей и планировании терапии. Неспособность выстроить терапевтический альянс, о котором говорят Shirk и Russell (1996), означает неспособность реализовать как возможности ребенка, так и возможности терапии. Shirk и Russell, которые в своей психотерапевтической практике столкнулись с теми же трудностями, с которыми имеет дело эрготерапевт, предлагают следующее.

Эта задача [постановка целей терапии] может быть одной из самых трудных и все еще недостаточно обсуждаемых проблем детской психотерапии... Цели ребенка могут совершенно отличаться от целей его родителей. Например, в то время как родитель хочет от ребенка большей послушности, ребенка может интересовать освобождение от ограничений, которые накладывают родители... Для начала специалист может сосредоточиться на том, чтобы помочь ребенку отделить свои собственные цели от тех, что выдвигают взрослые. Предлагая ребенку помощь в достижении этих целей, терапевт позиционирует себя как напарника. Однако это не означает, что терапевт принимает цели ребенка без всяких оговорок, в особенности когда это означало бы совместное с ребенком отрицание очевидных проблем. Но выработка общих целей является центральной задачей этого этапа терапии. Чтобы выстроить терапевтический альянс, можно взять для начала цели, которые не являются наиболее значимыми с точки зрения терапии. Задачей этого этапа терапии является формирование терапевтических отношений как рабочих, и этому может способствовать обращение вначале к тем целям, которые могут быть несущественными с точки зрения центральных проблем, имеющихся у ребенка. Тем не менее при выстраивании альянса вокруг таких целей роль терапевта как того, кто оказывает помощь... становится четко очерченной (с. 175).

Ниже приводится описание случая, иллюстрирующее выстраивание терапевтического альянса с Кристианом, двенадцатилетним мальчиком с сенсорно обусловленной диспраксией, который принимал участие в пятидневной терапии. Кристиан с семьей встретился с эрготерапевтами, чтобы поставить цели терапии. Им хотелось выбрать только одну цель, логически связанную с терапией, основанной на теории сенсорной интеграции. Как и предполагалось, цели Кристиана отличались от целей его родителей. Его мама хотела, чтобы он «стал лучше бегать», поскольку все его сверстники смеялись над тем, как он бежит. Кристиан, у которого были трудности как с тонкой, так и с общей моторикой, хотел «лучше собирать модели». Желая выстроить терапевтический альянс с Кристианом, но понимая, что его цель может быть не самой важной (казалось, что трудности с мелкой моторикой не создавали у него так много проблем, как трудности, касающиеся общей моторики) и не самой подхо-

дядей для сенсорно-интегративной терапии, терапевты остановились на двух целях. Это было творческим решением. Терапевты чувствовали себя достаточно уверенно, чтобы прислушаться к своей интуиции и проигнорировать требование выбрать только одну цель. Возможно, отчасти благодаря пониманию Кристиана, что терапевты его слышат, он стал вкладываться в терапию и воспринимать терапевтов как людей, которые будут ему помогать. Они выстроили терапевтический альянс.

## Организация безопасной среды

В рамках терапии, основанной на принципах сенсорной интеграции, клиента побуждают участвовать в таких видах активности, в которых выявляются все его слабые места; это может вызывать ощущение опасности. Для того чтобы клиенты в полной мере участвовали в терапии, мы должны поддерживать в них уверенность – то есть мы должны порождать у них ощущение физической и эмоциональной безопасности. Мы находимся на расстоянии достаточно близком, чтобы участвовать в процессе и предотвращать различные неприятные случайности, но достаточно далеко, чтобы клиент сам принимал решения и чувствовал, что перед ним стоит трудная задача.

Для обеспечения чувства эмоциональной безопасности важно требовать от клиентов не более того, что они реально могут сделать. Внутри безопасного пространства, которое возникает в процессе терапии, они не должны испытывать негативные эмоции (такие, как стыд, чувство беспомощности), которые они часто переживают в повседневной жизни. Это, конечно, не означает, что клиенты никогда не должны падать или промахиваться. На самом деле они бы заскучали, если бы каждая попытка приводила к успеху (Csikszentmihayli, 1975a, 1990, 1993, 1996). Скорее, создание безопасной среды означает, что специалист тщательно сопоставляет задание с возможностями клиента и его эмоциональными особенностями, обеспечивает поддержку и по мере необходимости оказывает помощь, а также следит, чтобы соотношение успехов и неудач способствовало продвижению вперед и формированию чувства безопасности, что включает предоставление адекватной обратной связи.

Люк, шестилетний мальчик с выраженными моторными проблемами, в основе которых лежала сенсорно обусловленная диспраксия, редко добивался успеха в двигательных задачах повседневной жизни. Если он хотел залезть наверх спортивного комплекса «Джунгли», терапевт незаметно оказывала ему помощь, помогая перенести вес на нужную ногу, когда он добирался до угла; это позволяло ему плавно проходить углы. Она не давала ему вербальных инструкций. Когда он залез на самый верх, и он, и терапевт были в восторге. «Ты сделал это», – воскликнула терапевт, и он повторил: «Да, я сделал это!»

Невербальное послание о том, что пространство терапии является безопасным местом, также может даваться иным способом. Например, маленьким детям бывает нужно посмотреть, как что-то делается, прежде чем начать делать самим. С очень осторожным ребенком терапевт начинает занятие, усаживая мягкую игрушку на качели и приговаривая: «Мой зайчонок любит качаться на качелях. Хочешь его покачать?» Немного позже она спрашивает ребенка: «Хочешь, теперь ты покачаешься на качелях?»

Терапевт часто непосредственно участвует в деятельности. Наше участие не только показывает, что занятие носит безопасный характер, но также дает понять ребенку, что это важное дело. Кроме того, большинством дел гораздо веселее заниматься вместе, чем поодиночке. Мы можем сидеть вместе в уютном уголке, изучая тактильный материал. Или же мы можем вместе качаться на качелях-бревне, падая на что-то мягкое, либо колотить друг друга дубинками из пеноматериала, пытаясь при этом удержаться стоя на надутых камерах (рис. 11–3).

Многие дети охотно соглашаются помочь терапевту. «Ты можешь мне помочь положить мясные котлеты (медицинские мячи) в мою большую тарелку со спагетти (камера шины)? Они такие тяжеленные!» Когда ребенок может помочь взрослому, он, как правило, чувствует свою значимость. Кроме того, многие ранимые дети особенно чувствительны к тому, что другой человек нуждается в помощи.



**рис. 11–3.** Удерживание равновесия на больших камерах во время сражения на битах из пеноматериала (Фотография сделана Shay McAtee, печатается с разрешения.)

## Включение в занятие состязательности

Многим клиентам нравятся соревнования. Однако люди, особенно чувствительные к неудачам, не могут участвовать в настоящих состязаниях. Примером игры, в которую мы играем с такими ребятами, может быть бросание «корма» (мягких мешочков с фасолью) «маленьким рыбкам в пруду» (камера шины). Когда еда попадает мимо бассейна, ее жадно пожирают большие рыбы из океана! Бросание в мишень является распространенным компонентом игр, в которых есть состязательность, но в этом случае игроки не зарабатывают очки и не добиваются выигрыша, а стремят-

ся к тому, чтобы рыбки были сыты. Такая игра исключает состязательность, а риск неудачи сведен к минимуму.

Другое занятие, где состязательность минимальна, – забрасывание мешочков с фасолью или мячей в коробку. В этой игре каждый раз, когда клиент попадает в цель, он получает очко; когда он промахивается, очко получаем мы. Мы планируем эту игру и создаем такие условия, чтобы клиент попадал в цель достаточно часто и чувствовал себя успешным, но все же не слишком часто, чтобы ему не надоело.

Некоторые игры представляют собой дружеское состязание. Например, каждый из нас может пытаться разрушить ряд кубиков, которые защищает противник. Дети могут чувствовать, что мы плохо стараемся и поддаемся. Так что мы можем уменьшить число наших намеренных неудач (т.е. промахов). Напротив, мы можем создать себе дополнительные трудности, увеличивая расстояние до своей мишени или увеличивая количество этих мишеней. Другой способ сократить несоответствие между нашими возможностями и возможностями ребенка – поменяться в середине игры местами (и количеством очков). В этом случае ребенок продолжает играть, получив некоторое преимущество. Обычно дети принимают это условие, особенно если мы им напоминаем, что у нас часто бывает случай потренироваться.

## Использование ролевой игры

Некоторые дети любят ощущать свое могущество, побеждая «плохих ребят», или испытывать острые ощущения, когда их пугают (Cohen, 1987). Таким образом, специалисты могут играть роль врагов или чудовищ, что может быть одним из компонентов занятия. Однако мы предостерегаем специалистов от проигрывания таких ролей, когда они не получают одобрительной реакции со стороны ребенка. Некоторые ребята с нарушением сенсорной интеграции особенно ранимы и могут слишком сильно пугаться. С такими нежными детьми мы стараемся играть роль помощника. Вместо того чтобы быть плохими ребятами, мы образуем дружную команду и вместе с ребенком набрасываемся на плохих парней. Мы отдаем роль врага или чудовища боксерской груше или другому неодушевленному предмету.

Создавая веселые ситуации, используя ролевую игру, часто можно включить ребенка в занятие так, что он не очень будет осознавать, что именно он делает. Уилл, четырехлетний мальчик с гравитационной неуверенностью и диспраксией, обычно отказывался от новых занятий. Его терапевт помещала большие гимнастические мячи в гамак из спандекса, повешенный низко от земли. Она говорила Уиллу, что мячи были добрыми космическими пришельцами, которые застряли на Земле, или что это Винни-Пух и Тигра, которые завязли в меде, пролитом Винни-Пухом. «Боже мой, что здесь случилось?» – спросила она. Когда терапевт характерным голосом стала повторять все произошедшие несчастья, Уилл засмеялся и согласился участвовать в качестве спасателя, то есть принять на себя роль, дававшую возможность расширить его двигательные возможности и отработать некоторые навыки.

Когда специалисты отводят себе роль клоунов, кажется, что дети действительно становятся учителями, руководителями и командирами (Wipfler, 1990). Принятие

на себя руководства может способствовать появлению у ребенка чувства, что он способен что-то сделать и что он управляет ситуацией. Когда ребенок принимает на себя роль руководителя, он может рискнуть и попробовать сделать что-то новое.

## Оценка с помощью интонаций, предъявление обратных связей и инструкций

Умелое предъявление обратной связи с помощью слова является еще одной темой практики как искусства. Ayres (1972) считала, что не всегда необходимо давать вербальные оценки. Она полагала, что часто достаточно выражения лица специалиста и что ощущение успешности является лучшим подкреплением. Однако вербальные оценки также могут играть очень важную роль, особенно для детей, у которых есть трудности понимания языка тела и считывания других социальных знаков. Одним из примеров является случай Люка; потребовалось большое искусство, чтобы решить, что и насколько много ему надо говорить.

Клиенты используют оценки специалистов по-разному. Нам кажется важным, чтобы оценки были точны. Сказать ребенку, что он что-то сделал хорошо, когда это не так, не очень честно. Дети понимают, когда мы нечестны с ними, и начинают сомневаться уже и тогда, когда могли бы верить нашим словам. Или, еще хуже, они могут сначала нам поверить, а затем почувствовать, что их обманули. Например, вместо того чтобы сказать Люку: «Ты сделал это!», его эрготерапевт могла бы ему сказать: «Ты действительно отлично залезаешь на спорткомплекс!» Если бы Люк принял ее слова за чистую монету, он мог бы потом попробовать забраться на «Джунгли» в школе уже без помощи эрготерапевта, что привело бы только к огорчениям и разочарованиям.

Многие клиенты используют вербальные оценки специалистов в качестве основы для коррекции неточного восприятия движений и положения тела. Например, одна из клиенток считала, что она падает, каждый раз, когда ее мышцы сокращались в ответ на передвижение. Обратная связь в виде замечаний, которые делал специалист, помогла ей понять, что такие сокращения представляли собой балансные реакции, которые предотвращали падение.

Некоторые клиенты, по-видимому, не могут использовать информацию, поступающую по обратным связям от их тела, для того чтобы понять, как они сейчас двигаются. Чтобы оценить свое передвижение, они опираются на вербальные оценки специалиста, особенно на ранних стадиях терапии. Когда двенадцатилетняя Керри в первый раз выполнила переворот вперед через перекладину трапеции, терапевт радостно воскликнул. Керри выглядела довольной, но потом спросила: «Что это я сделала?» Когда терапевт показал ей это движение, Керри смогла повторить свой успех.

Наконец, иногда мы используем вербальные команды, чтобы исправить что-то в поведении клиента (т.е. помогаем ребенку прекратить делать что-то нежелательное). Позитивная инструкция часто оказывается более действенной, нежели запрещающая команда. Например, «Поставь ноги сюда» часто работает лучше, чем «Прекрати стучать ногами» (Ayres, 1985). Как отмечал Лурия (1961), дети до пятилетнего возраста

обычно испытывают трудности с прекращением действия по команде. Дети с задержкой речевого развития, по-видимому, гораздо позже могут надежным образом реагировать на вербальную команду прекратить действие. Точно так же дети с низкой самооценкой в целом реагируют более позитивно, когда мы фокусируемся на том, что они *могут* делать, нежели на том, что они *не должны* делать. Иногда мы используем речь, чтобы слегка пожуричь и одновременно ободрить. Например, когда ребенок бросается что-то делать, ошибается и больше не пробует, мы можем сказать: «Я хочу помочь тебе, чтобы получилось получше».

## Создание задач на пределе возможного

Эрготерапевты давно считают, что задача на пределе возможного является ключевым моментом терапии (Ayres, 1972). Когда мы говорим о задаче на пределе возможного, мы имеем в виду такое занятие, которое заставляет клиента выходить чуть-чуть за границы своих текущих возможностей, но при этом не столь сложное, чтобы вызывать чувство беспомощности. Csikszentmihayli (1975a, 1990, 1993, 1996) использует слово «поток» для описания переживаний, которые связаны с выполнением задачи на пределе возможного. Он считает, что находящиеся в потоке полностью поглощены тем, что они делают, они не замечают ни людей, ни событий, которые не имеют отношения к этому занятию. Как только задача на пределе возможного начинает приводить к успеху, клиент тут же бросается работать со снарядами (не против него), полностью отдавая себя освоению этого навыка. Кажется, что восторженный взгляд утомленного, но довольного человека может осветить всю комнату.

Как специалисты выстраивают задачу на пределе возможного? Tickle-Degnen и Coster (1995) и Dunkerley с соавторами в качестве важного инструмента называют скаффолдинг<sup>1</sup> (Rogoff, 1990; Rogoff & Gardner, 1984; Wood и др., 1976).

С помощью скаффолдинга терапевт подстраивает элементы задачи и управляет ими, так что задача лишь слегка выходит за рамки сегодняшних возможностей ребенка. Это позволяет ребенку сфокусироваться на тех составляющих задачи, которые соответствуют его возможностям, и справиться с задачей, которую он не смог бы выполнить без помощи. При скаффолдинге специалист моделирует ситуацию и задает образец, поддерживая интерес и активное участие ребенка (Dunkerley и др., 1997, с. 799).

---

<sup>1</sup> Скаффолдинг (*scaffolding* – возведение строительных лесов) – действия взрослого, направленные на оказание помощи ребенку, когда он решает задачу, находящуюся в зоне ближайшего развития. Понятие берет начало в представлении Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития. Теория скаффолдинга была предложена Дж.Брунером и активно развивается в рамках когнитивной психологии. К скаффолдингу, в частности, относится предъявление образца, организация внимания, повторение инструкции, организация выполнения задания и обращение внимания на выполненное действие, задавание вопросов о выполнении задания, направленных на активацию рефлексии, помощь в структурировании задачи. – Прим. пер.

Интересно, что Dunkerley с коллегами (1997) описывает действия ребенка при выполнении задачи на грани возможного скорее как работу, нежели как игру. Они также замечали, что ребенок кажется «чем-то встревоженным» (с. 804). Объясняя это, Коопар (1997) опирается на работу Neiss (1988), указывающую, что для действий на пределе необходим некоторый уровень тревоги.

Создание задач на пределе возможного иногда кажется самым важным. Не пренебрегая ролью этих задач, Dunkerley с коллегами (1997) предлагают тем специалистам, над которыми довлеют теоретические положения, и тем, кто считает важным на протяжении всего занятия давать клиенту задачи на пределе возможного (Коопар, 1997), немного остановиться.

Возможно, оптимальный для развития момент (Ayres, 1972) является кульминацией, которая должна быть встроена в моменты радости и неудач. Слишком сложная задача может дать ребенку возможность пережить неудачу без каких-то ужасных последствий, слишком легкая задача даст ему возможность насладиться игрой и расслабиться, а задача на пределе возможного поможет ощутить себя умеющим что-то делать (Dunkerley и др., с. 805).

Искусство заключается в том, чтобы понять, сколько и когда.

## Сохранение баланса между свободой и структурой

Ayres (1972) писала: «Это ребенок, который должен измениться сам [точное цитирование]; терапевт может только подталкивать и направлять» (с. 265). Таким образом, еще одна проблема практики как искусства касается поддержания баланса между структурированием занятия и предоставлением клиентам (в частности, детям) свободы исследовать, начинать и выбирать разные виды деятельности. Айрес продолжает:

Баланса между свободой и структурой, который максимально усиливал бы конструктивное исследовательское поведение, достичь не так просто... Свободная игра сама по себе не ведет к развитию сенсорной интеграции, а является ригидной структурой, которая подавляет потенциал ребенка... Структурирование может сильнее продвигать ребенка в направлении решения терапевтических задач, чем он мог бы продвинуться сам, но в слишком больших количествах оно теряет свои преимущества (с. 259).

Если клиент имеет сильную мотивацию, он может самостоятельно выбрать подходящие виды занятий, но все же для того чтобы занятие носило безопасный характер и способствовало все большему усложнению адаптивного поведения, нам необходимо его в достаточной степени структурировать. Иногда нам нужно словами или действиями поддерживать занятия, которые выбирает для себя клиент, или вносить

в них небольшие изменения (Ayres, 1972). Для клиентов с более тяжелыми нарушениями мы можем сами определять, чем заниматься, и задавать образец.

Джейсон, сообразительный девятилетний мальчик с сенсорно обусловленной диспраксией, почти всегда приветствовал нас одним и тем же возгласом: «У меня есть отличная идея, чем мы будем заниматься!» Несмотря на то, что энтузиазм Джейсона радовал терапевта, горький опыт убеждал, что эти идеи не всегда так уж хороши. Однажды, когда Джейсон пришел с очередной «отличной идеей», он разложил различные предметы в виде полосы препятствий. Первым элементом полосы была бочка; к счастью, у нее были мягкие края. Джейсон сел напротив бочки и стал бить себя по голове битой из пеноматериала, при этом он ударился о бочку. Даже несмотря на то, что бочка была мягкой, он посадил себе шишку на голове. По-видимому, схема тела у Джейсона была столь слабой, что он не мог оценить расстояние до бочки. Эрготерапевт должен был быть внимательным наблюдателем и в то же время чутко реагировать на желание Джейсона активно участвовать в планировании терапии.

Некоторым детям нужна структура, а другим требуется свобода, чтобы действовать исходя из собственных желаний. Эмили – семилетняя девочка с проявлениями тактильной защиты, особенно в отношении одежды. Несмотря на это, общий уровень ее активности в целом был низким. Желая сделать терапию для Эмили максимально эффективной, ее терапевт придумала занятия, которые давали сильные тактильные ощущения. Эмили копалась в сухом бассейне, ползала через большой матерчатый туннель, играла с пеной для бритья, намазывая ей руки и ноги. Эмили была исключительно послушной; она делала все, что ей говорила терапевт. Однако, хотя, по словам мамы, Эмили всегда хотела идти на занятия, она не проявляла никаких признаков радости от них. Она не смеялась и не хихикала даже во время буйных игр. Она отвечала на вопросы терапевта, но редко заговаривала сама и ничего не просила. Когда ее терапевт решила поменять тактику и пойти за Эмили, произошли кардинальные изменения. Эмили решила качаться стоя на качелях-планере. Терапевт устраивала «шторм», задавая бешеный ритм. Иногда под качелями проплывали «киты» (т.е. гимнастические мячи), что вызывало неожиданное изменение движения качелей. Уровень активности Эмили повысился. Она стала более живой, давала указания терапевту и вносила различные изменения. На фоне уменьшения структурированности Эмили расцвела, а терапевт-игрок смогла к ней подстроиться.

## Поиск мотива

«Конечной целью сенсорно-интегративной терапии является такое существование, при котором человек хочет, может и будет осмысленно и с удовольствием владеть собой [точное цитирование] в ответ на требования окружающей ситуации» (Ayres, 1972, с. 257). Поскольку занятия, в основе которых лежит теория сенсорной интеграции, приятны и обычно сами по себе являются источником мотивации, дети в целом готовы в них участвовать. Однако иногда ребенок отказывается участвовать в определенных занятиях или вообще в занятиях, которые связаны с движением и сильными сенсорными ощущениями. Тогда мы стараемся найти подходящий мотив.

Отсутствие мотивации может проявляться в разных формах. Некоторые дети говорят, что они не хотят этим заниматься, потому что это «скучно» или «что-то совсем детское». Некоторые пытаются переключить наше внимание на разговоры или какие-то другие занятия. Другие находят какое-то защищенное пространство (т.е. забираются в камеру шины или в бочку). А некоторые становятся очень тревожными, активными и дезорганизованными. Когда клиент в вербальной или невербальной форме обозначает, что это занятие его не интересует, мы пытаемся найти причину, которая может подсказать нам, какое нужно лекарство. По нашему опыту, отсутствие мотивации у детей обычно означает одну из следующих вещей:

- это занятие слишком сложное;
- это занятие *кажется* ребенку слишком сложным;
- уровень активности ребенка не является оптимальным;
- это занятие носит слишком «детский» характер;
- это занятие не значимо для ребенка.

Искусство заключается в том, чтобы найти причину. Когда предложенное занятие слишком трудное, мы изменяем требования до тех пор, пока они не начнут больше соответствовать возможностям ребенка, либо помогаем ребенку выполнить то, что начато. Если необходимо закончить начатое дело, поскольку его невозможно приспособить к возможностям ребенка, мы берем на себя всю ответственность за «ошибку». Мы стараемся не давать клиенту дополнительных поводов считать, что его плохие способности опять привели к неудаче. Достаточно просто сказать: «Это на самом деле очень трудно. Давай займемся чем-то другим. Я ошибся».

Многие взрослые и дети старшего возраста отчетливо обозначают, когда они уже готовы закончить чем-то заниматься; это может быть не так в случае детей младшего возраста, а также клиентов с когнитивными нарушениями. Человек любого возраста может ощущать беспомощность, и ему бывает сложно включиться даже на следующем занятии, если предложенное дело было слишком сложным либо мы реагировали недостаточно быстро.

Если мы предлагаем доступное ребенку задание, но сам он считает, что не сможет с ним справиться, мы выбираем между подстройкой задания и уговорами попробовать. Во втором случае мы можем показать ребенку, что у него есть такие возможности, о которых он даже не догадывается.

Решение о том, изменить задачу или убедить ребенка в ее доступности, зависит от того, что лучше соответствует манере поведения специалиста и особенностям ребенка, а также от того, насколько решительно он настроен отказаться. Если мы решили уговорить ребенка, мы не должны начинать выяснять, «кто здесь главный». Основная задача терапевта состоит в том, чтобы помочь клиенту открыть у себя новые способности, а не заставить его что-то сделать. Если уговорить ребенка оказывается не очень просто, нам стоит изменить свой план и перейти к другим занятиям.

Если ребенок немотивирован из-за неподходящего для занятий уровня активации, мы должны попытаться учесть его особенности и помочь ему войти в оптимальное с точки зрения уровня активности состояние. Мы вербально и невербально выражаем понимание потребностей ребенка. Если ребенок ищет защищенное место, мы постепенно придвигаемся поближе и предлагаем ему какие-то успокаивающие ощу-

щения (например, глубокие надавливания, оральную моторную активность или музыку). Мы даем ребенку возможность оставаться в защищенном месте столько, сколько ему необходимо (см. о модели матрицы в главе 12).

Некоторые клиенты говорят о том, что они хотят домой. Просьба закончить занятие может отражать адаптивное поведение, особенно в случае перевозбуждения. Мы пытаемся определить, в чем состоит проблема (фрустрация часто усиливается перед или во время терапии). Обычно мы можем помочь ребенку прийти в более нормальное состояние и продолжить. Однако если мы все-таки заканчиваем занятие, мы не должны это делать в виде наказания.

Некоторым детям для того, чтобы достичь оптимального уровня активности, требуются очень сильные ощущения. Ранее описанная девочка Эмили была именно таким ребенком. Она «ожила», когда стала участвовать в занятиях, дающих сильные вестибулярные и проприоцептивные ощущения.

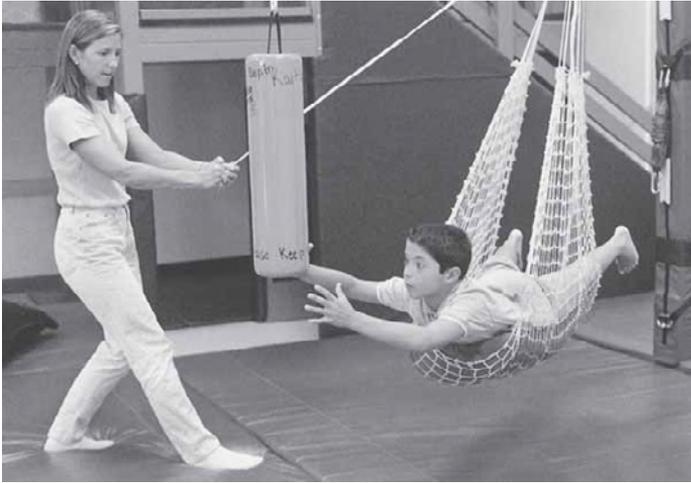
Иногда клиенты отказываются от какого-то занятия, которое кажется им слишком детским. Джефф, двенадцатилетний мальчик, считал, что игра «Квиддич» из Гарри Поттера, которую придумал его терапевт, слишком детская. Хотя многим детям его возраста нравилось это занятие, Джефф больше был мотивирован на накачивание мышц, так что его целям лучше отвечало бросание мешочков с фасолью в цель, лежа на животе на качелях-сетке.

Некоторые виды занятий, направленные на достижение конкретных целей, могут носить надуманный характер и восприниматься ребенком как бессмысленные. У Эйми, восьмилетней девочки, были трудности переноса через среднюю линию. Ее терапевт придумала занятие, когда Эйми сидела верхом на бочке и перекладывала мешочки с фасолью с одной стороны на другую – в контейнер. Однако Эйми совершенно не понимала, зачем она должна переносить руку через среднюю линию. Это занятие было надуманным; Эйми должна была переносить руку через среднюю линию просто потому, что так ей велел терапевт, а не потому, что такие требования налагала деятельность как таковая. Напротив, когда Эйми качалась на качелях-луне (см. с. 456, рис. 12–15), ей нужно было крепко держаться одной рукой. Поэтому, чтобы попасть из водяного пистолета в стоявшего клоуна, ей требовалось переносить руку через среднюю линию.

Мотивация к сенсорной интеграции существует у большинства, если не у всех маленьких детей, которые попадают к терапевту. Часто еще глубже закопаны другие особенности ребенка, которые мешают ему. Дать возможность ребенку почувствовать свой истинный мотив сложно, но необходимо, чтобы получить максимальный ответ на терапию (Ayres, 1972, с. 257).

## **Изменение или прекращение деятельности: когда терапевт хочет что-то изменить**

Некоторые виды деятельности просто подходят к логическому концу, что понимает и клиент, и терапевт; тогда оба просто переходят к другой деятельности либо



**рис. 11–4.** Попадание по боксерской груше во время раскачивания требует точной серийной организации большого количества движений (Фотография сделана Shay McAtee, печатается с разрешения.)

заканчивают занятие. Однако иногда может казаться, что клиент больше, чем специалист, включен в данную деятельность, тогда между ними возникает рассогласованность. Стоит завершить эту деятельность или нет? Это вопрос; это то, что имеет отношение к искусству.

Если говорить коротко, то мы считаем, что желательно продолжать заниматься текущим делом до тех пор, пока клиент активно включен в деятельность и видно, что его адаптивное взаимодействие в рамках этой деятельности носит все более и более совершенный характер. Когда клиент в целом остается включенным в тера-



**рис. 11–5.** Скатывание с горки лежа на животе на доске с колесиками, чтобы «украсть сокровища из замка королевы» (Фотография сделана Shay McAtee, печатается с разрешения.)

певтическое занятие, оно, как правило, оказывается для него полезным. Конечно, нам не следует заканчивать данную деятельность только потому, что она нам кажется скучной, либо потому, что нас беспокоит занятие без изменений. Иногда клиенту просто нужно повторить занятие, чтобы научиться лучше справляться с ним либо чтобы овладеть каким-то навыком.

Дон, которому было 11 лет, лежа на животе на качелях-сетке, пытался качнуться вперед, чтобы попасть по висящей боксерской груше (рис. 11–4). Ему было трудно вовремя развернуть программу действий: оттолкнуться от мата и приготовить руки, чтобы бить по груше. Когда мы пробовали чуть-чуть изменить задачу, все его усилия шли прахом. Когда же мы давали ему возможность попробовать в течение пяти минут, он начинал понимать, как оттолкнуться вперед и затем ударить по груше. Успех зависел от очень многих факторов, включая активацию вестибулярных и проприоцептивных ощущений, повторение, а также поступление в мозг информации от тела. Хотя причины успеха не совсем ясны, сам Дон после того, как у него получилось выверить последовательность действий, мог охотно заниматься этим делом минут пятнадцать. Если бы мы раньше времени остановили эту игру, мы не дали бы ему возможности позаниматься тем, что у него стало получаться. Иногда самый изящный терапевтический прием состоит в том, чтобы просто смотреть и не вмешиваться.

Иногда специалисту просто нужно набраться терпения и дать клиенту время освоить задачу, в другой раз специалист чувствует, что текущее занятие пора изменить или прекратить. Тогда для завершения текущей деятельности лучше подходят модификация или скаффолдинг, поскольку они меньше нарушают ход занятия. Время от времени мы изменяем какие-то элементы задачи, но нам нужно быть готовыми прекратить такого рода эксперименты, если они наталкиваются на отказ со стороны клиента. Хорошее занятие получается тогда, когда клиент чувствует как напряжение от решения задачи, так и успех. Когда терапия представляет собой искусство, специалист и клиент переходят от одного дела к другому, словно безупречные танцоры, отвечающие на каждое изменение музыки. В определенные моменты мы отдаем указания и модифицируем задачу, осуществляем скаффолдинг либо побуждаем клиента к новому занятию. В другие моменты мы следуем за клиентом и незаметно включаем какие-то задания.

Джерри, десятилетний мальчик со значительными трудностями моторного планирования, предпочитал занятия, которые давали ему возможность задействовать относительно более развитые постуральные мышцы-разгибатели, а не слабые мышцы-сгибатели. Во время одного из занятий он попросил поиграть в игру, в которой он, лежа на животе на доске с колесиками, скатывался с горки, чтобы «украсть сокровища из замка королевы, пока та спит» (рис. 11–5). Нам хотелось вовлечь Джерри в такую активность, которая включает движения со сгибаниями. Наша задача в случае с Джерри, как и со многими детьми, которые боятся неудач, заключалась в том, чтобы построить на основе его мотивации деятельность, которая предъявляла бы к нему чуть более высокие требования.

Через несколько минут катания с горки мы объявили, что королева решила найти какой-нибудь способ получше защитить свои сокровища, поскольку Джерри слишком хорошо удавалось их красть. Она решила положить их в ров с крокодилами, так

что добраться до них можно только на «вертолете» (Т-образные качели; рис. 11–6). Построив на основании рассказа Джерри новую игру, мы поддержали его интерес и желание участвовать, при этом в большей степени востребовали сгибание.



рис. 11–6. Т-образные качели



рис. 11–7. Диск для вращения  
Sit «N» Spin

Конечно, иногда активность, которая никак не развивается, нужно остановить. Часто это происходит, когда задание оказывается недостаточно гибким, не допускает модификаций: не дает изменить позу клиента или требуемый результат. Например, хотя игра с диском для вращения Sit «N» Spin<sup>1</sup> может доставлять ребенку удовольствие (рис. 11–7), ее сложно адаптировать под различные задачи. Ребенок может при этом делать только очень небольшое количество вещей. Занятие с таким снарядом может быть очень веселым и очень коротким, затем специалисту нужно постараться перейти с ребенком к какому-то другому занятию.

Занятия, которые оказываются слишком простыми, не вызывают никакой напряженности; они прежде всего предназначены для игровой перемены и расслабле-

<sup>1</sup> Детская игрушка, состоящая из двух дисков: один неподвижный, расположен на земле, от него вверх отходит неподвижная ось, заканчивающаяся небольшим кругом-рукояткой; второй диск лежит на первом и может вращаться вокруг своей оси. Ребенок садится по-турецки на верхний диск, скрещивая ноги вокруг оси, руками он держится за круг-рукоятку. Перехватываясь руками, начинает вращать себя вокруг оси. – *Прим. пер.*

ния (Dunkerley и др., 1997). Кроме того, участие в хорошо освоенных видах активности, особенно таких, которые ценятся сверстниками или членами семьи, может давать эмоциональную подпитку. Для установления контакта с ребенком бывает полезно начать занятие с того, что у него хорошо получается. Но, хотя эмоциональная поддержка и отдых являются важными компонентами терапии, большинство клиентов начинает скучать, если задания оказываются очень легкими (Csikszentmihalyi 1975, 1990, 1993, 1996).

Переходы от одной активности к другой приводят к тому, что занятие выглядит и ощущается как игровое времяпрепровождение. Для неискушенного наблюдателя наиболее мастерски проведенные занятия могут казаться никак не структурированными. Родители и учителя порою ошибочно трактуют игровую сущность терапевтических занятий и сомневаются в их действительной пользе (например, «Может ли такое веселье на самом деле приносить какую-то пользу?» или «Почему он не делает то, что вы ему говорите?»). В таких случаях важно обозначить цели тех или иных видов активности, а также преимущества, которые дает игровой формат занятий со свободными переходами от одной деятельности к другой (см. главу 10).

## Помочь клиенту понять сенсорно-интегративную дисфункцию

Важная часть терапии заключается в том, чтобы помочь клиенту и его близким понять сенсорно-интегративную дисфункцию, чтобы они могли адаптироваться к ней и компенсировать ее. К шести-семи годам (а часто и раньше) большинство детей с сенсорно-интегративной дисфункцией осознают, что они чем-то отличаются от других детей. Обычно они замечают, что не могут сделать какие-то вещи и освоить какие-то навыки, которые легко даются другим детям, либо что они чаще сталкиваются с трудностями. Хотя многие дети с нарушениями сенсорной интеграции изо всех сил пытаются освоить трудные для них навыки, им часто дают понять, что нужно быть более старательными. В результате у них появляются «объяснения» своих неудач. Поскольку они никогда не слышали о теории сенсорной интеграции, они могут начать считать, что не могут делать каких-то вещей, потому что они «плохие», «ленивые» или «тупые».

Многие клиенты испытывают огромное облегчение, когда узнают о теории сенсорной интеграции. Одна мама сказала, что это было так, словно кто-то снял огромную тяжесть с плеч ее семилетнего сына. «Он выглядел совсем другим ребенком», – сказала она. «Мне кажется, что я никогда не задумывалась о том, насколько он переживает, что не может делать того же, что делают другие дети».

Одна из составляющих процесса оценки – выяснить, как клиент *объясняет* свои трудности. Мы даем детям возможность познакомиться с теорией сенсорной интеграции. Мы спрашиваем детей, обсуждали ли они с родителями или учителями, почему им трудно делать некоторые вещи, и если да, то как взрослые объясняли эти трудности. Если нужно, мы переформулируем объяснение, используя теорию сенсорной интеграции, при этом тщательно подбираем слова, которые будут понятны ребенку.

Когда в течение занятия появляется такая возможность, мы также обсуждаем теорию сенсорной интеграции. Поступая так, мы надеемся помочь клиентам и их близким понять сенсорно-интегративную дисфункцию и ее влияние на повседневную жизнь.

Анна была одиннадцатилетней девочкой, которая из-за гравитационной неуверенности и сенсорно обусловленной диспраксии испытывала значительные трудности на уроках физкультуры и не могла кататься на однорядных роликовых коньках и самокате. Несмотря на все старания родителей, она плохо думала о себе, считала себя «бестолковой».

Эрготерапевт хотела помочь Анне переосмыслить свои проблемы. Однажды, когда Анна тихонько покачивалась на качелях-бревне, терапевт сделала рисунок на доске, чтобы проиллюстрировать нарушение сенсорной интеграции (рис. 11–8). Сначала она в схематическом виде изобразила мозг и попробовала разузнать, что Анна знает о его функциях. Оказалось, Анна знает, что мозг делает много вещей. Он помогает ей учиться, он говорит ее мышцам, как нужно двигаться, и еще много все-

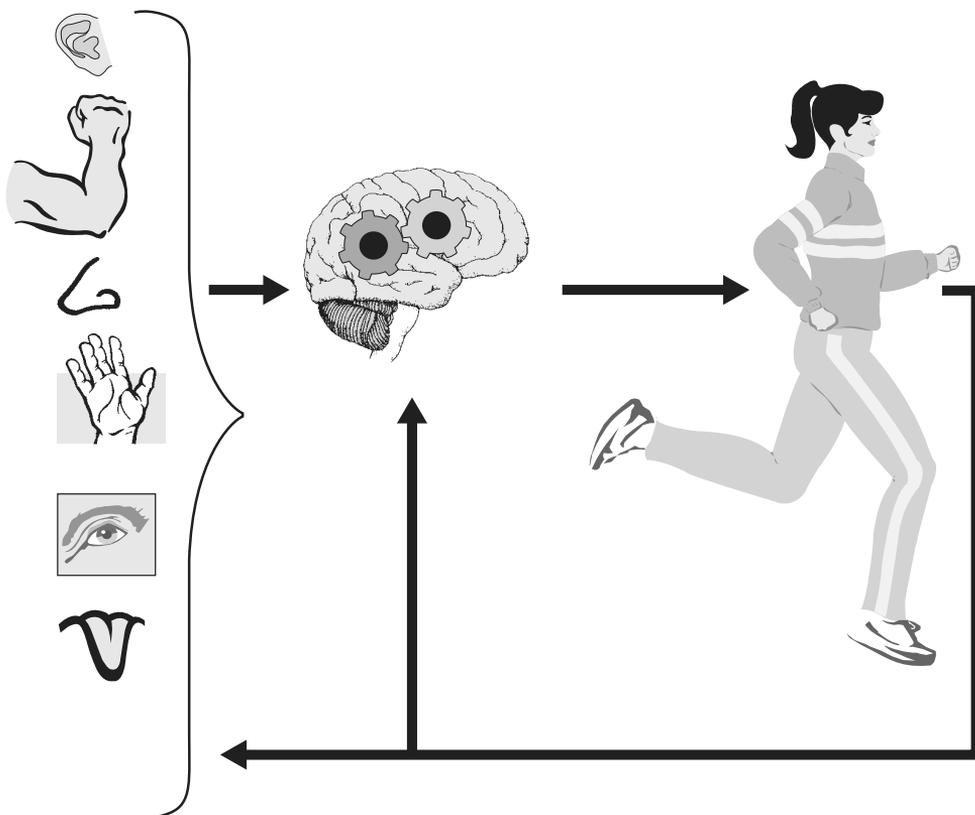


рис. 11–8. Упрощенное изображение процесса сенсорной интеграции

го. Эрготерапевт объяснила, что у человека могут быть проблемы с какой-то одной функцией мозга, в то время как с другими все в порядке.

Затем эрготерапевт спросила Анну, что она знает об ощущениях. Анна перечислила некоторые из них: зрение, слух, обоняние, ощущение вкуса и осязание. Пока Анна говорила, эрготерапевт рисовала схематические обозначения этих ощущений. Затем эрготерапевт рассказала о вестибулярной системе такими словами: «Это ощущение приходит из твоего внутреннего уха и говорит тебе о перемещениях», и о проприоцепции: «Это ощущение идет от мышц и говорит тебе о том, насколько ты сильно тянешь или толкаешь», – и нарисовала обозначающие их значки. Эрготерапевт нарисовала от значков ощущений стрелки к мозгу и пояснила, что они обеспечивают мозг информацией о том, какие движения совершать дальше.

Наконец эрготерапевт нарисовала бегущего человека и провела линию между ним и мозгом. Она объяснила, что когда мозг плохо справляется с собиранием информации от различных ощущений в единое целое, у человека могут быть трудности с координацией. При этом человек может очень сильно переживать. Даже если он точно знает, чего хочет, он может испытывать трудности, когда начинает это делать (см. рис. 11–8).

Эрготерапевт продолжала: «Когда ты придешь на терапию, мы будем делать такие вещи, которые обеспечат твой мозг достаточным количеством ощущений. Мы думаем, что сможем помочь твоему мозгу лучше обрабатывать информацию. Когда переработка информации улучшится, тебе станет легче кататься на однорядных роликах и на самокате, потому что твой мозг будет посылать мышцам более эффективные команды, говорящие, что им нужно делать». Хотя сама Анна говорила мало, ее мама заметила, что она выглядела менее расстроенной и меньше называла себя «бестолковой».

## Облегчение повседневной жизни

Разработка стратегий, направленных на уменьшение последствий сенсорно-интегративной дисфункции и облегчение повседневной жизни, является важной частью терапии. Внося определенный вклад в разработку стратегий, мы делаем это *вместе* с клиентом и его близкими. Мы помогаем им быть максимально активными. Если нам предстоит работать с ребенком, мы, по крайней мере, должны убедиться, что его родители и учителя понимают и принимают выбранную стратегию. Только после этого мы можем просить их выполнять ее. Искусство состоит в том, чтобы помочь клиентам и их близким решать их собственные проблемы, стараясь не оставлять у них чувства, что они должны в одиночестве придумать ответы на все вопросы.

Одна из ситуаций, с которой мы часто сталкиваемся, – работа с детьми, которых легко перестимулировать. Когда мы работаем с ними, мы всегда проговариваем: «Когда ты чувствуешь себя так, как сейчас, – самое время пойти в тихое место». Затем мы придумываем какое-то безопасное закрытое место, например, под большой подушкой или внутри бочки, выстланной чем-то мягким. Таким образом, мы стараемся научить детей, что хороший способ справиться со слишком сильной стимуляцией – пойти в такое место, где мало сенсорных стимулов. Когда ребенок становится менее возбужденным, мы рассказываем ему о том, как трудно сосредоточиться, когда вокруг

происходит слишком много событий. Мы объясняем, что легче сосредоточиться в закрытом пространстве, поскольку там одновременно происходит не так много вещей (см. также главу 12 о маточном пространстве).

Конечно, некоторые дети становятся гиперактивными и отвлекаемыми тогда, когда уровень их мозговой активности *слишком низкий*. Так что они двигаются, по-видимому, для того, чтобы поддерживать себя в бодрствующем состоянии. Таким детям нужны стратегии, дающие *сильные* сенсорные ощущения. Когда мы предполагаем, что поведение клиента (такое, как повышенная активность, накручивание волос, жевание воротничка рубашки) направлено на поиск сенсорных ощущений, мы можем предположить, что они также жуют жевательную резинку либо занимаются еще чем-то, что дает проприоцептивные ощущения (например, прыгают на мини-батуте). Некоторые клиенты обнаружили, что растягивание резинового шланга или ленты-эспандера Theraband, которые они носят в кармане, может заменить им необходимость двигаться. Wilbarger и Wilbarger (1991) рассматривают такую стратегию для изменения уровня активности, как сенсорную диету (о часто используемых стратегиях см. также в приложении к главе 13, а более подробную информацию о сенсорной диете можно найти в главе 14).

Используя очень простой язык, Williams и Shellenberger (1994) разработали большую программу, которая дает человеку возможность осознать свои способности сконцентрироваться на чем-либо в данный момент. Уподобляя центральную нервную систему двигателю автомобиля, эта авторская программа также помогает клиентам использовать стратегии настройки скорости вращения двигателя для оптимального выполнения задачи (более подробную информацию об этой программе можно найти в главе 14).

Мы считаем, очень важно, чтобы клиенты с сенсорно-интегративной дисфункцией научились объяснять свои трудности и изменять окружающую обстановку, чтобы уменьшить влияние этих трудностей в повседневной жизни. Билли, четырехлетний мальчик с тактильной защитой, проявлял необычную способность применять в различных ситуациях знания о своих трудностях и о целях терапии. Билли выяснил, что глубокое надавливание после сдавливания суставов (что является частью программы Wilbarger) действует успокаивающе. Однажды Билли спросил своего папу, почему он не носит обручальное кольцо. Когда отец ответил, что не любит ощущений от посторонних предметов на руках, Билли тут же достал свои щетки и объяснил папе, что если он будет растирать ими руки, то, может быть, сможет носить кольцо.

## Завершение терапии

Принятие решения о завершении терапии часто в большей степени относится к искусству, чем к науке. Когда клиенты достигли своих целей и основные трудности в повседневной жизни из-за сенсорно-интегративной дисфункции уменьшились или вовсе исчезли, терапия заканчивается, по крайней мере, на время. Мы заинтересованы в том, чтобы клиент действовал адекватно, выполняя свои повседневные обязанности, и легко справлялся с обычными делами. То, в какой степени сенсорно-интегративная дисфункция мешает человеку нормально функционировать, является

определяющим фактором при принятии решения о завершении терапии. Наши решения должны быть взвешенными и носить обоснованный характер, но часто мы руководствуемся интуицией.

Часто бывает трудно предсказать, сколько времени займет терапия. Когда ребенок посещает занятие один раз в неделю, минимальное время терапии составляет шесть месяцев или приблизительно 25 занятий; по нашему опыту, чаще всего клиенты посещают занятия в течение 1–2 лет. В редких случаях терапия дает результаты в течение трех и более лет. Краткосрочная интенсивная терапия может быть особенно эффективна для достижения конкретных узких целей с детьми, имеющими либо модуляторные, либо практические проблемы. В идеале клиент получает помощь до тех пор, пока продолжают происходить важные для него положительные изменения.

Когда терапия подходит к логическому завершению, родители часто говорят, что впервые их ребенку больше хочется остаться дома и играть с друзьями или с братьями и сестрами, чем идти на занятие. Это всегда приятно слышать, поскольку это означает, что наша работа была эффективной и ребенок уже готов функционировать без нашей поддержки.

Чтобы было легче принять решение о продолжительности терапии, мы рекомендуем клиентам каждые 3–6 месяцев проводить оценку прогресса на пути к достижению целей. Такая оценка помогает также определить новые цели, которые могут появиться в процессе терапии. Более формальные методы фиксации результатов с использованием стандартизированных инструментов также имеют право на существование.

Во время курса терапии бывает, что прогресс останавливается на несколько недель, а затем наступает период существенного продвижения вперед. Это время может соответствовать объединению, интеграции тех положительных изменений, которых добился клиент. Хотя пока нет исследований, в которых бы изучалось прекращение терапии в период остановки прогресса, такая постановка вопроса является интересной. Нам удавалось получить некоторые положительные результаты с применением такой стратегии.

Поскольку мы рассматриваем завершение терапии, нам следует помнить, что клиент может использовать навыки на занятиях еще до того, как научится использовать их в других ситуациях. Бывает, что человек пока еще не может использовать свои новые способности без посторонней помощи либо еще не осознал их. До тех пор пока клиент не умеет применять свои навыки дома, в школе и на работе, они используются мало. В некоторых случаях необходимо помочь клиенту перенести навык из ситуации занятия в повседневную жизнь.

Перед тем как закончить терапию, мы предупреждаем клиентов и их близких о том, что при повышении нагрузки признаки дисфункции могут вновь становиться заметны (например, во время освоения совершенно нового или сложного навыка либо во время занятий, дающих сильные сенсорные ощущения). Скотт прошел длительный курс терапии в связи с выраженной гравитационной неуверенностью и достиг грандиозных результатов, особенно в плане игры. Теперь, в свои восемь лет, он мог абсолютно естественно и без всякого страха залезать на спортивный комплекс «Джунгли», съезжать с горки, кататься на двухколесном велосипеде, возиться со своими родителями и с другими детьми. Однако когда родители в первый раз посадили его на санки, он испугался небольшой горки больше, чем его младшие братья и сестра. Обыч-

но Скотт вполне адекватно вел себя в игре и при взаимодействии с другими людьми. Однако в новой ситуации, когда ему казалось, что он недостаточно контролирует происходящее, некоторые проблемы гравитационной неуверенности вновь всплыли.

В результате консультации Скотт и его родители поняли природу такой реакции. Мы обсудили, почему он пугался некоторых видов активности, и помогли выработать стратегии, которые уменьшают стресс. Поскольку Скотт действительно хотел продолжать кататься на санках, они с папой пошли на горку поменьше, чтобы «размяться». Потом они вернулись на большую горку, и Скотт катался с горки на двухместных санках с папой или мамой, пока он не почувствовал, что может управлять санками.

Скотту больше была не нужна терапия в виде занятий. Когда какой-то вид активности вызывал страх, Скотт и его родители оценивали, насколько большое значение имеет это занятие. Если оно было важным, они начинали работать вместе, постепенно усложняя задачу, так что в конце концов Скотт осваивал это дело.

Когда терапия завершается, всегда подразумевается, что клиент может обратиться к эрготерапевту, если у него возникнут новые проблемы. Хотя для устранения некоторых трудностей достаточно консультации, клиенты иногда выбирают посещение занятий.

Иногда родителям, близким ребенка, а также взрослым клиентам трудно закончить привычное посещение эрготерапевта из-за той поддержки и заботы, которую они получают в процессе терапии. В этом случае роль специалиста состоит в том, чтобы помочь взрослым обратиться к психотерапевту, в группу поддержки либо в другие места, где они будут продолжать получать помощь в решении семейных проблем, а также работать с последствиями остающегося нарушения. Направление семей в другие места помогает избежать ситуаций, когда потребность в помощи может мешать своевременному и обоснованному завершению терапии. Также бывает полезно обсуждать тему завершения терапии в самом ее начале.

## Становление мастера

Практика как искусство ищет баланс между компетентностью и заботой (Peloquin, 1990, 1993, 1998). Без владения определенными техниками специалист не может связать теорию и практику, уменьшить основные проблемы клиента и улучшить выполнение определенных задач. Таким образом, владение специальными навыками необходимо для эффективности терапии, и единственный способ развить их – это «работать и работать, изучать и совершенствовать свои профессиональные умения... Хорошо сделанная работа... требует дисциплины» (Grey, 1998, с. 19). Однако в атмосфере, царящей сейчас в здравоохранении, компетентность часто затмевает заботу. Когда это происходит, тот, кто претендует на роль целителя, становится просто техническим исполнителем (Peloquin, 1990, 1993, 1998). Возможно, именно это произошло в описанном в этой главе примере с терапевтом Эмили до того, как она поняла, что следование за желаниями Эмили ведет к более эффективной терапии.

Искусство должно строиться на технических навыках, однако техника – это только один ингредиент (Grey, 1998). «Практика как искусство... представляет собой

процесс установления отношений и нахождение смыслов» (Peloquin, 1998, с. 105). Искусство как составляющая практики помогает увидеть возможности. Цитируя Родена, Grey (1998, с. 205) отмечает, что «художник открывает неизвестные до этого духовные богатства и дает людям новые поводы любить жизнь, внутренний свет, который руководит ими». Очевидно, что искусство окутано тайной.

Практика как искусство – это практика совершенных клиницистов; это то, к чему мы все стремимся. Как же специалист становится художником? «Художественное восприятие, с одной стороны, приобретает из окружающей культурной среды, с другой – достигается в результате глубокого личного опыта и его осмысления» (Grey, 1998, с. 8).

Различные авторы дают практические рекомендации, как овладеть таким искусством. Признавая отсутствие поддержки искусства в современной системе здравоохранения, Peloquin (1990) предлагает терапевту держать в голове описания субъективных переживаний болезни и ограниченных возможностей, чтобы понять ценность заботы. Ранее Peloquin (1989) писал, что сходную задачу могут выполнять художественные произведения эрготерапевтов. Эти произведения могут описывать чувственный и моральный аспекты. В произведениях, написанных скорее в чувственной манере, читатель может найти подробные описания взаимоотношений. В произведениях, где на первый план выступает мораль, специалист размышляет «либо о том, как была прожита жизнь, либо о том, как хотелось бы ее прожить» (с. 221).

Другой путь к тому, чтобы стать художником, предполагает ученичество. Описывая обучение искусству применения терапевтических приемов, Creighton с коллегами (1995) приводят слова одного специалиста:

Я не знаю, могу ли на словах рассказать кому-нибудь, откуда и как ты узнаешь, что делать и что ты пытаешься найти... Анализируя то, что делаешь, и пытаюсь понять, почему это не работает и как ты можешь здесь что-то изменить, что-то меняешь, вновь начинаешь делать по-другому – на самом деле, студент должен видеть меня (с. 316).

Мы также считаем, что наставник очень помогает неопытному специалисту стать мастером. Наблюдение за наставником и анализ вместе с ним того, что он делает, часто оказывается более ценным, чем годы чтения и дидактических наставлений.

Наконец, некоторые, самые прозорливые авторы (Grey, 1998; Mosey, 1981; Palmer, 1998) предлагают труднореализуемый, но бесспорно действенный способ стать художником: *узнать себя самого*.

Тот, кто стремится привнести искусство в практику, должен быть способен погрузиться в часто неприятный процесс познания себя самого, изменения себя и накопления знаний о том, как мои оценки и ожидания отличаются от оценок и ожиданий других людей (Mosey, 1981, с. 25).

Как специалист приходит к пониманию себя самого? Palmer (1998, с. 31–32) отвечает так: «У меня нет каких-то особых способов, кроме тех, которые всем хорошо знакомы: уединение и тишина, медитативное чтение и прогулки по лесу, ведение

дневника и поиск друзей, готовых вас слушать». Grey (1998, с. 24) советует просто «войти в мастерскую своего сердца».

## Краткое содержание и заключение

Терапия как искусство представляет собой многогранное явление. Во многом успех терапии зависит от творческих способностей специалиста. Хотя искусство практики является чем-то мистическим и его трудно охватить во всей полноте, в этой главе обсуждаются многие его аспекты. Эффективная терапия характеризуется сотрудничеством искусства и науки. Как и при любом партнерстве, отношения между искусством и наукой носят подвижный характер. Временно одна из составляющих может доминировать, однако обе вносят одинаковый вклад в эффективность занятия и отсроченные результаты терапии. Эффективная терапия включает в себя нечто большее, чем разработку последовательности определенных видов активности; искусство делает из них единое целое.

Как же специалист становится художником? Для начала эрготерапевт Margaret Short (личная беседа, 26-го марта 2001 года) предлагает следующее:

Я все больше и больше убеждаюсь, что у нас два мозга – один внутри черепа, тот, что прекрасно работает с нашими мыслями, а еще другой, висцеральный, кишечный «мозг». Некоторые авторы действительно писали о таком инстинктивном мозге – тот [который включается, когда мы принимаем...] инстинктивные решения. Эта вещь, которую пока не может делать компьютер, но которая свойственна выдающимся клиницистам. Возможно, что в некотором смысле «искусство» терапии – позволить логическому мозгу не мешать, «уйти с дороги», – то, о чем говорилось уже достаточное количество раз.

Начав с такого вступления, Short обращается к тому, как стать искусным клиницистом:

Вы изучаете основы науки и искусства. Вы практикуете (т.е. вы овладеваете навыками). У вас появляется уверенность. Вы начинаете доверять своим оценкам. Затем вы начинаете все больше и больше понимать, что вы, возможно, что-то упускаете. Это – то место, с которого начинается настоящая практика и возникает искусство.

## Литература

- American Occupational Therapy Council on Standards. (1972). Occupational therapy: Its definitions and functions. *American Journal of Occupational Therapy*, 26, 204–205.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Ayres, A. J. (1985). *Developmental dyspraxia and adult onset apraxia*. Torrance, CA: Sensory Integration International.
- Bundy, A. C. (1995). Assessment and intervention in school-based practice: Answering questions and minimizing discrepancies. In I. R. McEwen (Ed.), *Occupational and physical therapy in educational environments*. New York: Haworth.
- Cohen, D. (1987). *The development of play*. New York: New York University Press.
- Creighton, C., Dijkers, M., Bennett, N., & Brown, K. (1995). Reasoning and the art of therapy for spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 311–317.
- Csikszentmihayli, M. (1975a). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Csikszentmihayli, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper-Collins.
- Csikszentmihayli, M. (1993). *The evolving self: A psychology for the third millennium*. New York: Harper-Collins.
- Csikszentmihayli, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper-Collins.
- Dunkerley, E., Tickle-Degnen, L., & Coster, W. (1997). Therapist-child interaction in the middle minutes of sensory integration treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 799–805.
- Eltz, M. J., & Shirk, S. R. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 419–431.
- Fisher, A. G., & Murray, E. A. (1991). Introduction to sensory integration theory. In A. G. Fisher, E. A. Murray, A. C. Bundy (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice* (pp. 3–29). Philadelphia: F. A. Davis.
- Grey, A. (1998). *The mission of art*. Boston: Shambhala.
- Hopkins, H. L., & Tiffany, E. G. (1983). Occupational therapy—A problem-solving process. In H. L. Hopkins & H. D. Smith (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (Ed. 6, pp. 89–100). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Kaplan, B. J., Polatajko, H. J., Wilson, B. N., & Faris, P. D. (1993). Reexamination of sensory integration treatment: A combination of two efficacy studies. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 342–347.
- Koomar, J. (1997). Clinical interpretation of “therapist-child interaction in the middle minutes of sensory integration treatment.” *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 806–807.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, J., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy: Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic.
- Luria, A. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.
- Mattingly, C. F., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Mosey, A. C. (1981). *Occupational therapy: Configuration of a profession*. New York: Raven.
- Neiss, R. (1988). Reconceptualizing arousal: Psychobiological stress in motor performance. *Psychological Bulletin*, 103, 345–366.
- Neistadt, M. E., & Crepeau, E. B. (1998). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Williams.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311–381). New York: Wiley.
- Palmer, P. J. (1998). *The courage to teach: Exploring the inner landscape of a teacher's life*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Peloquin, S. M. (1989). Sustaining the art of practice in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 219–226.
- Peloquin, S. M. (1990). The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 13–21.
- Peloquin, S. M. (1993). The patient-therapist relationship: Beliefs that shape care. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 935–942.
- Peloquin, S. M. (1998). The therapeutic relationship. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (9th ed., pp. 105–119). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking*. New York: Oxford University Press.
- Rogoff, B., & Gardner, W. (1984). Adult guidance of cognitive development. In B. Rogoff & J. Lare (Eds.), *Everyday cognition: Its development in social context* (pp. 95–116). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Schaefer, C.E., & Reid, S.E. (1986). *Game play: Therapeutic use of childhood games*. New York: John Wiley & Sons.
- Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy*. New York: Guilford.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713–728.
- Tickle-Degnen, L., & Coster, W. (1995). Therapeutic interaction and the management of challenge during the beginning minutes of sensory integration treatment. *Occupational Therapy Journal of Research*, 15, 122–141.
- Wilbarger, P., & Wilbarger, J. (1991). *Sensory defensiveness in children aged 2–12: An intervention guide for parents and other caregivers*. Denver, CO: Avanti Educational Programs.
- Williams, M. S., & Shellenberger, S. (1994). *How does your engine run?: A leader's guide to the alert program for self-regulation*. Albuquerque, NM: TherapyWorks.
- Wipfler, P. (1990). *Listening to children: Play listening*. Palo Alto, CA: Parents Leadership Institute.
- Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89–100.