



Коррекционно-реабилитационные возможности эрготерапии

Т.В.Варенова, кандидат педагогических наук, доцент,
зав. кафедрой основ дефектологии
БГПУ им. М.Танка

Мы давно уже привыкли к слову “дефектология”, за которым стоит целая интегративная наука со своими отраслями, историей и перспективами развития. Однако в настоящее время практически нигде в мире не существует такого понятия, а там, где этот термин известен, его стараются всячески избегать по гуманистическим соображениям, так как в данном случае основной акцент делается на выявление отклонений в развитии, а не на их устранение, подчеркиваются недостатки психической деятельности ребенка, а не позитивные стороны личности. Это, конечно, не означает, что проблемами обучения, воспитания и развития детей с ограниченными возможностями никто, кроме нас, не интересуется. Интересуются и даже весьма эффективно решают.

Существует целый ряд родственных дефектологии наук: лечебная педагогика, специальная педагогика, реабилитационная педагогика, коррекционная педагогика, ортопедагогика, эрготерапия (оккупационная терапия) и др. Область теоретико-практических знаний для всех перечисленных наук в целом одна и та же, тем не менее объект и предмет изучения каждой из них имеет определенные отличия.

Термин “эрготерапия” в нашей практике мало знаком. Многие люди воспринимают слово “терапия” очень узко, только как лечение с помощью медикаментозных средств, отрицая психолого-педагогическое содержание этого понятия.

Эрготерапия занимается активизацией ослабленных психофизических функций. Это область знания, связанная с оздоровлением людей с физическими и (или) психическими травмами, инвалидов и (или) лиц с физическими недостатками, страдающими этими недугами временно или постоянно. Эрготерапевт призван вовлечь пациентов с целью восстановления и максимального использования их функциональных возможностей в активную деятельность, отвечающую задачам удовлетворения их профессиональной, общественной, личной и хозяйственной деятельности, что соответствует понятию “жить полноценной жизнью”.

Составными частями эрготерапии являются *трудотерапия и оккупационная терапия (ОТ)*. Некоторые трудности в распространении позитивного отношения к опыту, сложившемуся в данных направлениях, носят лингвистический характер, в частности, такие слова, как “оккупация” и “интервенция”, широко распространенные в других языках в значении “занятость” (деятельность) и “вмешательство” (коррекция), употребляются в русском языке в основном только в военном значении.

Эрготерапия берет свое начало в древней психиатрии. Знаменитый врач Гален, который жил во втором веке до нашей эры, отмечал, что работа — самое лучшее природное средство лечения. Лечебный эффект от полезной деятельности замечен давно. Так, в средневековые известные медицинские школы Италии, Болоньи и Мондена успешно реализовывали эту идею на практике. В качестве основного вида лечения образованному пациенту здесь прописывали интеллектуальный труд, а физическую активность — так называемым нормальным людям. В Сарагосе арабы, которые пришли в Испанию через Северную Африку, раскрыли те-

рапевтические возможности занятий музыкой, ремеслами, садоводством, домашними делами, а также лечебные свойства бесед.

В конце XVIII — начале XIX в. под влиянием Великой Французской революции идея использования труда в качестве терапии стала доминирующей и поддерживалась всеми прогрессивными врачами как наиболее либеральное и гуманистическое средство лечения психически больных людей. Наиболее известными врачами-гуманистами того времени были Филипп Пинель (1745—1826) и Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772—1840), которые освободили 50 больных от оков (в буквальном смысле слова сняли с них цепи) и дали им возможность работать после физического выздоровления. Последователи у них нашлись не только во Франции, но и в других странах: Конолли — в Англии, Якоби и Райл — в Германии. Последний дал обоснование живописи, рисования, ткачества и музыки как наиболее подходящих методов лечения неврозов.

В XX в. в Европе начинает складываться *трудотерапия*. Герман Симон, директор институтов в Варштайне и Гютерслохе, выступил родоначальником этого направления в Германии и скандинавских странах. Он разработал шаг за шагом пятиступенчатую программу включения всех пациентов в повседневную работу в больнице. Деятельность (работа) как средство коррекции использовалась не только при умственной отсталости и психической неполноценности, но и при других заболеваниях, однако главным образом для развлечения. Известны старинные картины, на которых изображены сестры-сиделки, читающие и играющие с больными, за которыми они ухаживают. В 1910 г. вышла книга американской медсестры Сюзан Траси, в которой она описала возможные виды деятельности с больными людьми.

Первая школа оккупационной терапии была открыта в 1908 г. в Чикаго. Ее цель состояла в подготовке специалистов для работы с умственно отсталыми и психически

больными людьми. Оккупационная терапия получила всеобщее признание после I мировой войны, когда оказалось много молодых людей-инвалидов с ранеными, ампутированными конечностями, нуждающихся в восстановлении и компенсации утраченных функций для успешной интеграции главным образом в профессиональную жизнь.

Первые школы по подготовке специалистов в Великобритании и Скандинавии появились в 30-е гг., а в Германии первый класс был основан в 1946 г. в Бад Пирмонте при поддержке Британского Красного Креста. В настоящее время в этой стране насчитывается самое большое количество школ ОТ в Европе — 162, хотя процесс перехода подготовки специалистов на университетском уровне в отличие от других европейских стран начался только сейчас. Для некоторых стран оптимальным является трехлетний срок обучения, но он может иметь разный уровень образования — от среднего до высшего, когда обучение заканчивается присвоением бакалаврской степени. При этом основное отличие в kurikulumе (учебных планах и программах) заключается в проведении научно-исследовательской деятельности студентов. Наибольший показатель количества специалистов этого профиля на 100 000 населения отмечается в Дании — 374 человека.

Мысль о том, что включение в активную жизнь является важным элементом реабилитационного процесса, привела в 1977 г. к объединению оккупационной терапии и трудотерапии. В начале 1999 г. в Германии произошло существенное изменение закона о профессиях, в котором нашло место и отражение слияния этих двух специальностей в эрготерапию. Термин “эрготерапия” в настоящее время более предпочтителен, так как оккупационная терапия нередко использовалась в качестве синонима для “бесполезного делания”. Эрго исходит из значения “работа-занятость” как деятельности-творчества, при котором в итоге имеется продукт деятельности, представляются хорошие результаты, что не всегда предусматривается в оккупационной терапии. Тем

не менее в некоторых странах официально по-прежнему используется название “оккупационная терапия”, в других — оба термина существуют как синонимы.

Метод эрготерапии заключается в специфическом выполнении отобранных видов деятельности, соответствующих техник для того, чтобы анализировать и лечить последствия болезни и недееспособности. Как и дефектолог, эрготерапевт имеет дело только с вторичными и третичными нарушениями, а не с первичным дефектом.

Эрготерапевт призван обеспечить реабилитацию лиц с нарушениями психофизического развития, пробудив у них интерес и активность на занятиях, включающих широкий диапазон видов деятельности: коррекционное обучение, труд, игра, спорт, виды активного отдыха, упражнения в различных направлениях искусства, домоводства и самообслуживания.

Эрготерапия, возможно, более чем какая-либо другая форма реабилитации должна отражать повседневную деятельность человека, для восстановления здоровья которого она используется. Знание и понимание традиционных обязанностей по ведению домашнего хозяйства в стране проживания, социально-экономических моделей являются незаменимыми составляющими подготовки эрготерапевта.

Эрготерапия базируется на медицинском и социальном научном фундаменте и представляет собой метод лечения, предписанный врачом. Она рекомендуется для людей любого возраста, которые страдают двигательными, сенсомоторными расстройствами, нарушениями восприятия и/или психосоциальными недостатками. В сочетании с другими лечебными мерами направлена на восстановление утраченных физических, психических, ментальных функций или первоначальное становление несформированных образований. Главная цель для специалиста заключается в том, чтобы повторно достигнуть, улучшить и/или поддержать (сохранить) личную компетенцию действий пациента в повседневной жизни и работе.

Деятельность означает использование человеком своих физических и умственных возможностей, времени, энергии, интереса и внимания по отношению к заранее определенному объекту, имеет конкретный или абстрактный ход и конечный продукт. При этом такой вид деятельности служит интересам общества и не является лечением как таковым. Использование разных видов деятельности в лечебных целях означает, что программа обучения должна включать схему, методику применения и лечебный эффект от указанных терапевтических действий. Очень важно, чтобы на фоне общей картины заболевания эрготерапевт мог выделить, понять и лечить психологические его проявления (симптомы), вытекающие из данного физического недуга и наоборот. Кроме того, в каждом случае следует учитывать и социологическую сторону проблемы.

В обучении эрготерапевта особое место отводится подготовке к работе с практически здоровыми людьми. В условиях ухудшения социально-экономического положения многие люди находятся в состоянии фрустрации, утраты активной дееспособности, что приводит к росту безразличного отношения к себе и жизни. И в этом случае эрготерапевты могут сыграть весьма важную роль.

Таким образом, эрготерапия полностью или частично используется для:

- максимального улучшения состояния здоровья пациента;
- предупреждения ухудшения состояния человека с хроническими заболеваниями;
- содействия установлению диагноза;
- восстановления и развития биопсихосоциальных функций;
- ускорения выздоровления;
- восстановления работоспособности;
- содействия социальной адаптации;
- оценки устойчивого характера процесса выздоровления.

Аттестация специалистов проходит по теоретическим дисциплинам, эрготерапевтическим (коррекционно-педагогическим) приемам и их применению в процессе лечения и реабилитации. Экзамен должен продемонстрировать умения применить полученные знания, способность к аргументации и логике мышления, а не к запоминанию и воспроизведению того, что заучили.

Эрготерапевты работают в различных учреждениях: лечебных (клиники, психиатрические больницы, отделения ортопедии, ревматологии, неврологии, травматологии, педиатрии и геронтологии и др.); в образовательных учреждениях (детские сады для ослабленных детей и детей с нарушениями психофизического развития, специальные школы); в разнообразных социальных институтах.

Эрготерапевтическая диагностика является основанием для составления плана лечения, который базируется на медицинских показаниях и социальном анамнезе и согласовывается с пациентом. В этот план входят содержание лечебной деятельности и технические приемы ее осуществления.

В лечебных целях широко используются различные материалы: бумага, текстиль, дерево, стекло, краски, металл, клей; творческие техники и ручные умения; хоровое пение, музыка, литература, игры. Эрготерапевт предвидит, какое воздействие оказывает та или иная техника на пациента, знает, какие при этом виде деятельности тренируются способности. Его задача состоит в том, чтобы найти и тренировать инструментальные и социо-эмоциональные способности. Так, например, черно-белое рисование или печатание, оттиски рекомендуются для развития концентрации внимания, формируют аккуратность, тщательность в работе. Для повышения концентрации внимания также применяются составление розеточных орнаментов, узоров со сходящимся центром (так называемая мандала) или разукрашивание готовых форм на бумаге, шелке. При депрессии человеку предлагают начать разукрашивать с центра, при этом он

как бы раскрывается сам; при маниях — от периферии к центру для того, чтобы пациент мог лучше сконцентрироваться, собраться с мыслями.

Рисование красками, яркими цветами улучшает настроение и поэтому используется при меланхолии, депрессии. Рисование на больших листах бумаги, стенах, т.е. на больших площадях, может быть использовано в качестве клапана для преодоления агрессивности, выхода ее в “мирных целях”.

В круг профессиональных задач эрготерапевта входит обучение работать правильно, грамотно, строить деятельность, исходя из субъекта. Так, например, при работе с глиной проверяется подготовка рабочего места: высота стола, стула, гончарного круга, расстояние предмета и объекта труда от глаз. При работе с деревом обращается внимание на направления волокон: следует делать распилы по вертикальным линиям, при горизонтальных поделка может расколоться. Большое внимание уделяется правильной посадке работающего — осанке, положению ног, рук, при этом учитывается, какой человек — левша или правша. До начала работы продумывается, какие в ее ходе могут приключиться травмы, порезы. В связи с этим предусматриваются средства для оказания первой медицинской помощи. Так, заранее подготавливаются пластырь, бинт, йод и т.п.

Процедуры применяются с учетом потребностей пациента. В каждом случае проводятся наблюдение, анализ и регистрация, представляющие собой основные функции эрготерапевта. Успех лечения в большой степени зависит от взаимоотношений как между отдельными лицами, так и внутри группы пациентов, а также прилагаемых пациентом усилий к выздоровлению. Эрготерапевт вносит вклад в общую реабилитацию больного рука об руку с другими членами единой команды, отвечающей за лечение больного.

Эта профессия связана с оказанием услуг населению, в связи с чем весьма важно исходить из присущих культурных традиций и существующих социальных моделей. В це-

лом программа подготовки специалистов является идентичной для всех стран. Однако отбор методов лечения будет специфичным для каждой страны в зависимости от общественной и экономической системы данного государства. В крупных странах они могут отличаться и по регионам.

По официальным данным, в Республике Беларусь в последние годы неуклонно растет количество нетрудоспособных лиц и инвалидов разного возраста. Улучшение их самостоятельной жизнедеятельности является не только гуманной акцией, но и весьма экономически выгодным подходом к решению государственной проблемы, при котором денежные средства инвестируются в реабилитацию больных людей, а не на выплату пожизненных пособий и пенсий.

В системе реабилитационной работы и оказании коррекционных психолого-педагогических услуг в Беларуси все большее значение приобретает деятельность специалиста-эрготерапевта. В некоторых учреждениях появляются сотрудники, выполняющие круг обязанностей эрготерапевта, которые прошли обучение за границей. Настало время включить данную специальность и соответствующую должность в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь "Специальности и классификации" с тем, чтобы узаконить деятельность имеющихся специалистов и со временем начать в стране подготовку новых специалистов данного профиля, потребность в которых крайне велика.

Существует несколько международных организаций, которые регламентируют деятельность оккупационных терапевтов, развивают теорию и практику эрготерапии, способствуют расширению сети подготовки специалистов.

WFOT (World Federation of Occupational Therapists) -- Всемирная федерация оккупационных терапевтов, которая была создана в 1952 г. и на сегодняшний день в нее входят более 50 стран мира. Педагогический Комитет WFOT разрабатывает ряд важных базовых документов, которые согласуются с минимальными требованиями международного стандарта.

COTEC (Committee Occupational Therapists for European Communities) — комитет оккупационных терапевтов Европейского Союза действует с 1986 г. В составе этой организации находятся 50 000 членов из 19 стран. COTEC разработан кодекс чести оккупационных терапевтов.

ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) — европейская ассоциация оккупационных терапевтов в высшем образовании возникла в 1995 г. Эта организация способствует расширению международного сотрудничества для поддержки развития высшего образования и научных исследований. Главная цель ENOTHE состоит в создании единого образовательного пространства в Европе для высшего образования в области эрготерапии. В ее задачи входит объединение и согласование существующих программ для развития теории и практики, соблюдение стандартов для различных академических институтов.

В конце сентября 2000 г. в Париже под патронажем президента Французской Республики Жака Ширака состоялся VI Европейский конгресс по оккупационной терапии, в котором приняли участие около 900 человек из 33 стран мира, в том числе и из Беларуси. На конгрессе прозвучало много интересных сообщений, основная тема которых заключалась в призыве “От разнообразия к гармонизации систем образования и здравоохранения, обеспечению качества жизни”.

Базовыми документами для построения новой образовательной политики в Европе в целях повышения качества и мобильности образования являются Сорбонская Декларация (25 мая 1998 г.) и Болонская Декларация (19 июня 1999 г.), подписанная представителями 29 европейских государств. Оба документа направлены на создание европейского пространства для высшего образования. Согласно этим документам, в различных странах приводится в соответствие система уровней и научных степеней, устанавлива-

ется система кредитов ECTS (European Credit Transfer System — Европейская система переноса кредитов) для оценки и контроля обучения, признание национальных дипломов в других странах, возможность свободно трудоустроиваться и перемещаться во время учебы. Как отмечается в докладе представителя Ассоциации Европейских Университетов Гая Хауга, главная опасность на пути развития Болонских инициатив — это недооценка европейскими вузами уровня провозглашенных Декларацией изменений в высшей школе, когда даже небольшое опоздание может стать критическим.

В успешности реализации новых идей в странах Центральной и Восточной Европы, которые только включаются в этот процесс, принципиально важным является участие в европейской программе Темпус (Trans European Mobility Scheme for University Studies).

Представленные ниже варианты моделей, заявленные в проект Темпус, могут послужить основой для обсуждения форм образования эрготерапевтов в нашей республике всеми заинтересованными лицами.

Примерные модели подготовки эрготерапевтов в Беларуси

Модель 1. Последипломное обучение

Версия 1.

Сроки обучения: два года стационарного обучения.

Условия приема: наличие высшего образования в области медицины, дефектологии или лечебной гимнастики.

Итоговый результат: степень магистра (МА).

Преимущества: признание образования на уровне европейского стандарта. Возможность использования учебных планов других стран, обмена программами.

Недостатки: длительный срок обучения в целом, задерживающий начало самостоятельной трудовой деятельности, возможные финансовые проблемы студентов.

Версия 2.

Сроки обучения: два года заочно-стационарного обучения (6 блоков по 4 недели + самостоятельная работа, домашние задания, консультации).

Условия приема: наличие высшего образования в области медицины, дефектологии или лечебной гимнастики.

Итоговый результат: степень бакалавра (ВА) или диплом.

Преимущества: вероятную финансовую проблему студентов решить несколько легче. Появляется возможность иметь параллельно к учебе работу, соответствующую учебной практике. Учебные блоки могут быть спланированы соответственно рабочему календарю преподавателей, приглашаемых из-за рубежа.

Недостатки: уменьшение объема теоретических знаний может вызвать затруднения с признанием образования на европейском уровне.

Версия 3.

Сроки обучения: один год полного комплексного обучения (теоретические блоки и практическая работа в учреждениях осуществляются поочередно).

Условия приема: наличие высшего образования в области медицины, дефектологии или лечебной гимнастики.

Итоговый результат: сертификат, степень бакалавра (ВА).

Преимущества: те же, что и во второй версии.

Недостатки: снижение профессиональной и социальной оценки курса вследствие уменьшения объема теоретического материала.

Модель 2. Дополнительная специальность

Версия 1. Организация учебного процесса на базе дефектологического факультета Белорусского государственного педагогического университета им. Максима Танка.

Версия 2. Организация учебного процесса на базе факультета реабилитации Белорусской государственной академии физической культуры.

Обе версии осуществляются параллельно.

Итоговый результат: диплом об окончании соответствующего факультета установленного образца с записью о присужденной квалификации.

Преимущества: обучение проводится на основе уже сложившихся структур.

Недостатки: возможный уход в узкую специализацию; зарубежным преподавателям придется проводить ряд курсов повторно; сложность в утверждении квалификационных характеристик со стороны официальных органов.

Модель 2 можно рассматривать как следующую ступень после осуществления модели 1, на которой будут подготовлены собственные преподавательские кадры. В этом случае вторая модель может существовать самостоятельно без привлечения западных специалистов.

Модель 3. Сокращенный интенсивный курс подготовки

Семинары по интенсивной программе (1–3 месяца) проводятся для различных групп специалистов схожего профиля. Например, целевой семинар по трудотерапии для учителей труда, воспитателей специальных школ.

Условия приема: медицинское или оздоровительно-педагогическое образование с практическим опытом работы.

Итоговый результат: сертификат приобретенной квалификации.

Преимущества: подобная практика уже известна и популярна в Европе. Она проста в реализации, поскольку не содержит особых обязательств для заинтересованных сторон и зависит только от их финансовых и организационных возможностей.

Недостатки: в этой модели речь не идет о профессии эрготерапевта; в процессе обучения затрагивают лишь час-

тные аспекты основного материала; опасность появления специалистов-эрготерапевтов низкого качества.

Для реализации идеи подготовки эрготерапевтов в Республике Беларусь необходимо решить целый ряд вопросов:

- признание профессии *эрготерапевт* на государственном уровне;
- выбор модели подготовки;
- создание учебного плана и программ обучения с учетом потребностей и особенностей Беларуси;
- подбор международной команды преподавателей;
- материально-техническая база для проведения теоретических и практических занятий;
- официальное признание документов об образовании (сертификат, диплом, БА или МА);
- отбор студентов;
- подготовка мест для трудоустройства;
- поиски источников финансирования;
- создание координационного и попечительского совета.

В качестве временного компромиссного варианта могла бы стать подготовка **педагога-реабилитолога**, который обладает следующими знаниями, умениями и навыками.

- Знает строение, системы и функции организма человека, понимает процессы роста, представляет взаимосвязь общественных и культурных систем с развитием и жизнедеятельностью индивидуума, структуру человеческой личности и процесса познания. Владеет понятиями “норма”, “патология”, “здоровье”, “болезнь”, “коррекция”, “компенсация”, “реабилитация”, “абилитация”.

- Умеет работать в междисциплинарной команде, с членами которой составляет и осуществляет программу реабилитации при различных патологических состояниях.

- Выявляет, оценивает и регистрирует характер и уровень интеллектуального, моторного, перцептивного, речевого, эмоционального и социального развития лиц с психофизическими нарушениями.

- Обладает знаниями эрготерапии, которые применимы в областях профилактической и восстановительной медицины, обучения и воспитания. Формирует у больных стремление к выздоровлению. Развивает и поддерживает восстановленные физические и психические функции. Способствует по возможности нормальному развитию инвалидов, повышает их независимость в окружающей обстановке. Восстанавливает и развивает у них работоспособность.

- Выявляет показания для использования основного эрготерапевтического оборудования и вспомогательных средств и приспособлений, имеет опыт в изготовлении некоторых из них. Использует на практике принципы оптимального планирования и схемы расположения жилых помещений. Демонстрирует способы выполнения традиционных обязанностей по ведению домашнего хозяйства с применением специальных приспособлений и обучает им.

- Умеет определить и применить тот вид деятельности, который соответствует уровню функциональных возможностей и дает наибольший реабилитационный эффект. Определяет, какой вид деятельности важен для повседневной жизни человека с конкретным заболеванием или нарушением развития, когда он дома, на работе, на досуге. Имеет достаточный уровень практических умений, необходимых для выполнения коррекционных приемов и методов в лечебно-восстановительных целях.

- Владеет методами наблюдения и интерпретации реакций человека на различные физические и психические раздражители. Прогнозирует негативные физиологические реакции на имеющиеся нарушения и возможное сокращение способностей инвалида участвовать в процессах, которые его непосредственно касаются, в том числе в программе лечения.

- Определяет уровень активности и степень самоконтроля, на которые человек способен в настоящий момент и предлагает ему именно те виды деятельности, которые способствуют их сохранению и развитию. Понимая, что раз-

ные явления, процессы и предметы окружающего мира требуют разной степени активности и целеустремленности, умеет их классифицировать в зависимости от того, какой активности они требуют от пациента в полностью самостоятельной деятельности, частичной, совместной.

- Знает показания для использования базовых (основных) движений, которые позволят больному или инвалиду самостоятельно ложиться, садиться, стоять и ходить. Владеет специальными методами нормализации тонуса, улучшения чувствительности, двигательных способностей и их применением в профессиональной деятельности.

- На основе знания принципов подготовки инвалидов к профессионально-трудовой деятельности, классификации видов работ и профессиональных требований к ним, рекомендует наиболее подходящий вид труда.

- Разрабатывает и осуществляет программы социальной реабилитации и досуга для лиц с психофизическими нарушениями. Помогает использовать свободное время для поддержания уровня физической и психической дееспособности.

- Стимулирует формирование здоровых межличностных отношений и использует их в реабилитации. Прогнозирует динамику развития взаимодействий между членами группы.

В рамках учебного предмета “Основы коррекционной педагогики” студенты дефектологического факультета БГПУ им. Максима Танка кратко знакомятся с основами эрготерапии. Пользуясь каталогами оборудования для развития самостоятельности и независимости в повседневной жизни, студенты составляют “эргомаршрут” человека с ограниченными физическими возможностями, который должен отразить все режимные моменты, начиная от утреннего пробуждения, самостоятельного подъема с постели, совершения туалета и всех водных процедур, одевания до приготовления завтрака, приема пищи и выхода из дома. На всех “станциях” маршрута следует отметить, какие можно и необходимо использовать специальные дополнительные устройства,

приспособления, чтобы человек мог добиваться положительного результата, несмотря на свою инвалидность.

Одним из ближайших планов отделения Евросоюза по образованию является создание в Центральной и Восточной Европе сети университетов, заинтересованных в организации либо улучшении образования по оккупационной терапии на уровне европейских стандартов. Цель проекта состоит в том, чтобы дать возможность существующим или вновь создающимся лечебно-педагогическим институтам гармонизировать и улучшать стандарты профессиональной подготовки специалистов в соответствии с европейскими образовательными требованиями. Начало этой деятельности было положено в Праге в 1996 г. В рамках сети Сократес действуют 4 группы или направления:

- гармонизация и качество образования;
- европейские различия;
- продолжение образования и научные исследования;
- инновационные методы обучения.

В странах Центральной и Восточной Европы взгляд на эмансипацию людей с ограниченными возможностями и их реабилитацию несколько отличается от Западной Европы, здесь подготовка по эрготерапии едва только начинается и пока не обеспечивает потребности в ней. В настоящее время Европейские структуры готовы поддержать становление центров подготовки эрготерапевтов в ряде регионов, в том числе Хорватии, Македонии, Грузии, России и Беларуси, что, безусловно, является весьма благоприятным моментом для формирования данного направления в системе коррекционно-реабилитационных услуг в нашей стране, необходимо только стойкое стремление навстречу данной инициативе.

*** **