**Особенности реабилитации отчаявшихся пациентов.**

*Малахова Анна Олеговна,*

*преподаватель ГБПОУ «Миасский медицинский колледж», mmuspo@mail.ru*

Термин «реабилитация» - латинского происхождения (re – повторное, возобновляемое действие, habilis - удобный, приспособленный.)

Реабилитация уверенно вошла в нашу жизнь и распространилась довольно широко. В последние годы в сфере медицинской реабилитации активно развивается комплексный междисциплинарный подход, нашедший отражение в новых порядках медицинской реабилитации детей и взрослых, вступивших в силу с 1 января 2021 г.

Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» в Федеральный закон № 181-ФЗ было введено новое понятие – абилитация. Абилитация – это система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Еще на совещании министров Здравоохранения Европейских стран (Прага, 1967г.) было четко определено: «Реабилитация есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.» Обратим внимание на последнюю фразу – «возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду», обсудим ее важное значение для утратившего связь с обществом человека в силу своего недуга и невозможностью быть полезным. «Главное, остался в живых, выкарабкался, самое худшее позади и т.д.» - такие фразы часто звучат в успокоение и в поддержку идущего на поправку больного, но несмотря на это выкарабкавшийся остаётся в унынии и в отчаянии… Для каждого из нас очень важно быть в социуме, быть полезным, быть занятым и, когда все внезапно прекращается и человек становится бездейственным, он уходит в себя, мучается мыслью «неужели это навсегда». Вот здесь и нужна полноценная реабилитация в медицинском, социально-бытовом, профессиональном, психологическом направлении. Несомненно, на сегодняшний день активно внедряется и осуществляется ранняя реабилитация на начальных этапах заболевания, и, возможно, она проводилась и проводится и не должна прекращаться и прерываться. Опираясь на основные принципы медицинской и психологической реабилитации, входящих в компетенцию медработника, а именно, поэтапность, обязательность и своевременное проведение, используя все имеющиеся методы и средства, а также индивидуальный подход, можно прийти к победному финишу стабилизации состояния и психологического комфорта относительно пациента.

На каждом этапе реабилитации необходима четкая и правильная мотивация пациента к победе над болезнью, даже в случае, когда победить невозможно, необходимо мотивировать на развитие приспособительных навыков и сформировать адекватное отношение к своему состоянию. Роберт Либерман в свое время (70-е годы) разработал систематическое и структурированное обучение социальным навыкам в разделе психиатрической реабилитации. Модули его системы обучения сосредоточены на управлении симптомами, решении межличностных проблем, дружбе и интимности, отдыхе и досуге, основах поведения на рабочем месте. Каждый модуль состоит из определенных областей навыков, которые преподаются в упражнениях с демонстрационными видеороликами, ролевыми играми, заданиями invivo. Социальное функционирование улучшается, когда приобретенные навыки имеют отношение к повседневной жизни, а окружающая среда воспринимает и усиливает измененное поведение. Теоретически предполагаем, что системы обучения построены на основных разделах:

- психологическое влияние (мотивация)

- педагогический подход (обучение)

- демонстрация и контроль

Отчаявшегося в восстановлении пациента трудно мотивировать на благополучный исход реабилитации, особенно, когда процесс затягивается из-за тяжести увечья, поэтому психологическое влияние должно ненавязчиво, но постоянно сопровождать каждое занятие, а иногда придется даже слукавить во благо, например, так: «Вот видите, пальчики уже чуть зашевелились, у вас все получается отлично.», «Зашевелились…,- подумает пациент. – А я и не заметил». И он в следующий раз будет более усиленно работать, чтоб увидеть это чудо, силой мысли будет заставлять пальчики опять шевелиться!

Теперь перейдем к обучению. Мало обучить пациента на первой процедуре правильности и технике выполнения упражнений, а далее только контролировать, обучение также должно быть непрерывным и последовательным. Обучая новому элементу движения, мы информируем пациента о целесообразности его выполнения, влияния на ту или иную функцию органа, мышцы, организма в целом. Элементарные знания физиологии только помогут пациенту в правильности выполнения упражнения.

Понятие «мастер-класс» используется во многих сферах деятельности (кулинария, парикмахерское искусство, фитнесс и т.д.). Согласитесь, что легче выполнить действие, посмотрев на него со стороны, особенно, когда демонстрирует профессионал. В нашем случае, как нельзя кстати, показать, что требуется от пациента. В эпоху информационных технологий расширяется возможность демонстрации: создать видеоролик, документальный фильм, видеоурок… Вариантов может быть много. Совместное выполнение упражнений более активизирует пациента, не даром приветствуются групповые занятия. Но как при индивидуальных, так и при групповых занятиях очень важен контроль! Контроль не только правильности выполнения заданного, но и состояния здоровья. Пульс, дыхание, артериальное давление – основные показатели реакции организма на физическую нагрузку, а также субъективная оценка своего состояния пациентом.

Современная реабилитация представляет широкий спектр различных методик и разработок, существует многоуровневая классификация упражнений, на основе которых составляются комплексы как групповых, так и индивидуальных занятий. Останавливаясь на теме целесообразности психологического воздействия, выделим применение идеомоторных упражнений и свяжем эти два подхода воедино. Доказывая эффективность идеомоторных упражнений, ученые утверждали, что представляя длительно и упорно какой-либо двигательный акт, можно добиться аналогичных результатов, что и при регулярном повторении этих физических упражнений. Это может показаться парадоксальным и смешным утверждением, но практика показывает обратное, а вот на сколько и в какой степени будет ощущаться положительный эффект, будет зависеть от правильной мотивации больного специалистом и от упорства и желания самого тренирующегося. Не будь в практике автора данной статьи примеров успешного сочетания психологического влияния на пациента в совокупности с проведением идеомоторных упражнений, не возникло бы желания поделиться этой темой. Реальные пациенты, перенесшие инсульт, и, лишившиеся возможности двигаться, возвращались к более или менее активному образу жизни, благодаря совместным усилиям и систематическому подходу в реабилитации. «Один в поле не воин», поэтому одному пациенту трудно и почти невозможно сражаться со злым врагом – болезнью, поэтому в поддержку страдающего можно сказать: «Нас трое – вы, я и болезнь, если мы с вами будем заодно, мы справимся, по одиночке будет трудно бороться и меньше шансов победить врага».

Эффективность идеомоторных упражнений зависит от определенных правил воображаемого двигательного акта:

- представлять движения необходимо максимально подробно, полностью концентрирую внимание,

- вспоминать, как при этом движении работают мышцы, т.е. подкреплять воображение мышечно-суставным чувством,

- не жалеть себя и не прекращать воображение при утомленности, т.е. не прерывать налаживающейся связи между программирующей и устанавливающей системами.

 Проведение реабилитационной процедуры пациентам после инсульта заключалось в следующем:

1. Массаж с акцентом на парализованные конечности с одновременной ненавязчивой психологической беседой (заметим, именно беседой, а не давлением)
2. Обучение правильному выполнению идеомоторных упражнений, постепенно усложняя задания; рациональным будет подключать проговаривание действий пациентом, даже если нарушена речь
3. Оставлять домашнее задание, например: «Вечером вы самостоятельно должны сделать упражнения для ног, поочередно поднимая, удерживать приподнятыми по 2 мин. А также периодически мысленно, опираясь руками о кровать, вставать…»

Домашнее задание не позволяет пациенту расслабляться, неустанно заставляя работать над собой.

Разумным будет привлечение к реабилитационным мероприятиям родственников больного, взяв на себя роль психолога-наставника. Для этого их необходимо убедить в эффективности тех или иных процедур, научить выполнению элементарных упражнений (в частности, пассивных) и постоянно напоминать о гимнастики для мозга. Данный вид гимнастики может заключаться в совместном разгадывании кроссворда или в воспоминаниях (для этого родственник в беседе задает вопросы о прошлом: «А как звали твою первую учительницу?», «Какие книги ты прочитал подростком?» и т.д.). Если в семье есть школьники, пусть больной учит с ними стихи, таблицу умножения. Гимнастика для мозга формирует новые нейронные связи, которые влияют не только на психологическую гибкость, но на способность адаптироваться к разным условиям, что как раз-таки необходимо больным, попавшим в другие, непривычные для них условия существования. Тем самым мы опосредованно оказываем мягкое психологическое воздействие, побуждая к активности в плане участия в маленьких, но значимых для больного, эпизодах жизни родственников. Если же пациент одинок, берем инициативу на себя, еще больше расширяя арсенал заданий для самостоятельной работы. «Прочитать, посмотреть, сочинить, выучить…, а что и каком объеме – тут уж зависит от фантазии специалиста и от возможностей пациента. Главное, не прерывать мотивацию и поддерживать интерес к реабилитационному процессу.

Психотерапевты психологического центра «Просвет» в статье «Коррекция соматонозогнозий с целью повышения эффективности лечения больных» выделяет следующие поэтапные задачи психологического воздействия при реабилитации:

1. Нормализация (адекватность) понимания здоровья и болезни
2. Достижение «истинного» желания лечиться
3. Психотерапевтическое объяснение биологических методов лечения
4. Обучение основам адаптации в конкретной среде
5. Поддерживающее психотерапевтическое воздействие для полной стабилизации на всех этапах лечебно-восстановительного процесса
6. Подготовка больного к возможности сосуществования с отдельными проявлениями своей болезни.

И, далее утверждает, что одной из основных задач является обучение пациента воспринимать заболевания и превратности жизни таким образом, чтобы они не приводили к разочарованию и бездеятельности и не препятствовали достижению своих целей.

Таким образом, объединяя наши теоретические концепции, на всем протяжении лечебно-восстановительных мероприятий целесообразно создавать у больного соответствующие ему представления и перспективы, которые не только направят действия в правильное русло, но и помогут адекватно оценить свое положение и наиболее рационально найти выход из сложившейся ситуации, связанной с недугом.

Источники:

1. Вайнер Э.Н. Лечебная физическая культура. – М.:Флинта, 2011
2. Гоптарь Ф. «Идеомоторные упражнения в лечебной физкультуре: примеры тренировок» 2018; FB.RU
3. Грачев Г. Манипулирование личностью. Организация, способы и технологии информационного психологического воздействия. –М.: Алгоритм, 2017
4. Попов С.Н. Лечебная физическая культура. – М.:Академия, 2009
5. Разиюлло А. Качественные и количественные методы психологических и педагогических исследований. Учебник для студентов учреждений высшего образования. – М.: Академия, 2015
6. Тренировки для мозга: какие они бывают, и зачем они нужны. x—clinic.ru; 2019
7. <https://minutkoclinic/com> «Реабилитация в психиатрии»
8. psiholog@vprosvet.ru