

Программа восстановления социально – психологического статуса и социальной активности лиц трудоспособного возраста, перенесших ургентные состояния (инсульты), повлекшие стойкие изменения здоровья, в т.ч. инвалидность

Методическое пособие для руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания



Казань
2013

**Министерство труда, занятости и социальной защиты
Республики Татарстан
Республиканский центр социально-психологической помощи
населению «Зеркало»**

**Программа восстановления социально – психологического
статуса и социальной активности лиц трудоспособного возраста,
перенесших ургентные состояния (инсульты), повлекшие
стойкие изменения здоровья, в т.ч. инвалидность**

Методическое пособие для руководителей и специалистов учреждений
социального обслуживания

Казань
2013

УДК 364.048.6+159.99

ББК 60.9+88.5

П78

Методическое пособие подготовлено в рамках реализации Долгосрочной целевой программы "Повышение качества жизни граждан пожилого возраста на 2011-2013 годы"(утв. постановлением КМ РТ от 1 июня 2011 г. N 442), Долгосрочной целевой программы Республики Татарстан "Доступная среда" на 2011-2015 годы (утв. постановлением КМ РТ от 22 сентября 2011 г. N 786), Комплексная программа демографического развития Республики Татарстан до 2010 года и на перспективу до 2030 года (утв. постановлением КМ РТ от 12 января 2009 г. N 6)

Общая редакция:

А.Х.Габдулахатов – зам. министра труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан

Научный руководитель:

Н.Н. Исланова – директор Республиканского центра социально-психологической помощи населению «Зеркало» Республики Татарстан, канд. филос. наук.

Автор-составитель:

И.И. Чигарова – заместитель директора РЦ СППН «Зеркало», психолог высшей квалификационной категории

П78 Программа по восстановлению социально – психологического статуса и социальной активности лиц трудоспособного возраста, перенесших ургентные состояния (инсульты), повлекшие стойкие изменения здоровья, в т.ч. инвалидность/ авт.-сост. И.И. Чигарова – Казань: Веда, 2013.- 128 с.

В представленной работе систематизированы рекомендации по восстановлению социально – психологического статуса и социальной активности лиц трудоспособного возраста, перенесших ургентные состояния (инсульты), повлекшие стойкие изменения здоровья, в т.ч. инвалидность.

Данное методическое пособие предназначено для руководителей и сотрудников учреждений социального обслуживания.

Содержание	
Введение	5
1. Психофизические и социальные особенности лиц, перенесших инсульт	6
Что такое инсульт? Описание и краткое содержание	6
Психофизические нарушения, приобретенные вследствие ургентных состояний	8
Психоэмоциональное состояние людей, перенесших инсульт	10
Особенности коммуникативной сферы и социально адаптации	13
Ограничения трудоспособности	14
2. Современные подходы реабилитации лиц, перенесших ургентные состояния, в условиях учреждений социального обслуживания	17
2.1 Рекомендации по восстановлению двигательной активности, социально-бытовых навыков	17
Кинезотерапия. Современные механотерапевтические тренажеры, программно-аппаратные методы	18
Рекомендации по восстановлению физических возможностей, социально-бытовых навыков методами лечебной физкультуры.	26
Использование программно-аппаратных комплексов («Экватор», «Волна», «Комфорт») при реабилитации лиц, перенесших ургентные состояния	47
Эрготерапия	50
Бытовая реадаптация и трудотерапия	53
Модель жилого помещения для социально-бытовой адаптации	54
Оборудование учебно-тренировочного стенда	54
Инновационные методы реабилитации (MOVE, CBR).	58
2.2 Социально-психологическая реабилитация лиц, перенесших ургентные состояния	69
2.2.1 Психологическая и нейропсихологическая диагностика	70
2.2.2 Психологическая коррекция и реабилитация	71
Особенности индивидуальной работы с постинсультными больными	71
Психологическое консультирование: индивидуальное и семейное.	76
Групповые психотерапевтические программы.	86
Иппотерапия	87
3.Профилактика постинсультных осложнений и повторного инсульта	90
4.Что может сделать семья для человека, выздоравливающего после инсульта?	94
Заключение	106
Приложение	108

Введение

Инсульт в настоящее время становится основной социально-медицинской проблемой неврологии. Ежегодно в мире церебральный инсульт переносят около 6 млн. человек, а в России более 450 тыс. Иными словами каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян развивается это заболевание. В крупных мегаполисах России ежедневно происходит 100-120 острых инсультов. Врачи констатируют, что ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 35 %, а в течение года умирает около 50 % больных. **Инсульт в настоящее время является одной из основных причин инвалидизации населения.** Менее 20 % больных, выживших после церебрального инсульта, могут вернуться к прежней работе.

В последние десятилетия отмечается рост числа лиц, перенесших инсульт, что делает актуальной проблемой реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных функций, на возвращение больных в общество и к посильному труду. В реабилитации, наряду с лекарственной терапией и методами физического воздействия, большое значение имеют психосоциальные методы, направленные на формирование адекватной позиции больного в процессе лечения.

Большое значение имеет формирование позитивной психологической установки больного на преодоление последствий заболевания, установки на длительную реабилитацию, а также формирование положительной установки на выздоровление, продолжение выполнения назначений врача в домашних условиях (регулярный прием лекарств, выполнение упражнений лечебной физкультуры, самообслуживание, посильная нагрузка по дому, прогулки), на повышение качества своей жизни и профилактику повторного инсульта.

Следует учитывать отношение человека к своей болезни. Внутренняя картина болезни оказывает не меньшее влияние на больного, чем органические факторы (локализация и объем очага поражения), психосоциальные факторы (возраст, пол), а также особенности личности больного.

Внезапная и серьезная болезнь является психической травмой для больного и сопровождается невротическими, депрессивными реакциями на эту болезнь. В связи с этим большое значение имеет изучение особенностей личности постинсультных больных и выявление таких, которые препятствуют формированию адекватной установки на лечение.

Цель программы:

- Улучшение качества жизни лиц, перенесших инсульт, через формирование адекватной установки на лечение и активной жизненной позиции;

Задачи программы:

- Ознакомление специалистов учреждений социального обслуживания с современными техническими средствами реабилитации, механическими методами физического восстановления, с применением специального оборудования, используемого в учреждениях социального обслуживания;

- Разработка методических рекомендаций по улучшению качества жизни людей, перенесших инсульт, в т.ч. направленных на коррекцию психоэмоционального статуса;
- Подготовка практических рекомендаций по уходу за больными инсультом и оказанию психологической помощи семьям

Ожидаемые результаты применения программы:

- Формирование у больных инсультом адекватного восприятия своей болезни, а также закрепление механизма адаптации к новому состоянию;
- Подтверждение эффективности проводимых методов, улучшающих показатели психоэмоционального состояния и физического здоровья реабилитируемого;
- Восстановление самостоятельности и трудоспособности больных инсультом;
- Повышение качества жизни реабилитанта;
- Снижение числа ограничений активности пациента, повышение резервов участия в актуальной жизни, способствующих нейтрализации факторов риска;
- Стабилизация психофизиологического состояния реабилитируемого.

1. Психофизические и социальные особенности лиц, перенесших инсульт

Инсульт: описание и краткое содержание

Инсульт - это тяжелое поражение функций центральной нервной системы, связанное с острым нарушением мозгового кровообращения. Инсульт подразделяется на два вида:

- Геморрагический инсульт, причиной его служит разрыв сосуда, например, кровоизлияние в мозговую ткань, под оболочки или в желудочки мозга;
- Ишемический инсульт, происходит при тромбозе мозговых сосудов.

Геморрагический инсульт или кровоизлияние в мозг - является осложнением гипертонической болезни.

Это один из самых острых видов инсульта, чаще всего наступает на фоне повышенного артериального давления или гипертонического криза. Иногда в основе инсульта лежат врожденные или приобретенные аневризмы внутримозговых сосудов.

При повышении артериального давления внутримозговой сосуд не выдерживает и разрывается. Фоном для геморрагического инсульта очень часто выступают стрессы, тяжелые физические нагрузки, перегрев тела, косвенно приводящие к повышению давления.

Частые симптомы геморрагического инсульта:

- Головная боль от незначительной до очень сильной;
- Тошнота и рвота;
- Покраснение лица;

- Нарушение движения в конечностях, парезы, параличи;
- Нарушение речи;
- Нарушение чувствительности;
- Повышение температуры тела;
- Нарушение сознания от чувства легкой оглушенности до внезапной потери сознания и комы.

Ишемический инсульт или инфаркт мозга наступает в результате тромбоза артерии, питающей мозговую ткань.

Фоном для ишемического инсульта очень часто выступает атеросклероз, но не исключена и гипертоническая болезнь, а также нарушения ритма сердца. Тромбоз сосуда мозга может возникнуть у пациентов, страдающих ожирением, в момент любой операции или при переломе трубчатых костей. Вероятна эмболия сосудов воздухом, при операциях на легких.

Все же **ишемический инсульт чаще встречается у пожилых людей**. Он развивается в основном постепенно за несколько дней и может носить преходящий характер.

Признаки ишемического инсульта:

- Головная боль, головокружение;
- Шаткость и неуверенность походки;
- Слабость в конечностях;
- Нарушение чувствительность;
- Боли в области сердца;
- Обмороки;
- Паралич или парез конечностей справа или слева в зависимости от области поражения мозга.

Так как ишемический инсульт развивается по сравнению с геморрагическим не так быстро, человек может заметить ухудшение своего состояния и обратиться к врачу.

Одним из опасных мест для локализации инсульта является ствол головного мозга, так как там находятся центры жизнедеятельности всего организма. **Инсульт ствола мозга** проявляется сильным головокружением, нарушением координации, двоением в глазах, тошнотой переходящей в многократную рвоту. Возникает сильный отек головного мозга, сдавливающий центры жизненно важных органов. В результате у таких пациентов возникают нарушения дыхания, сердечной деятельности вплоть до их остановки и смерти.

Сама мозговая катастрофа протекает достаточно быстро: от нескольких минут до нескольких часов (реже нескольких дней). Время после инсульта условно разделяют на **острый** (до 3-х недель), **восстановительный** (до 1 года) и **резидуальный** (свыше года) периоды. В острый период происходят и патологические процессы (например, нарастание отека мозга), и процессы, способствующие восстановлению (улучшение кровоснабжения областей, окружающих очаг поражения, уменьшение размеров кровоизлияния, уменьшение сдавливания гематомой окружающего ее мозгового вещества).

Очень редко инсульт протекает бессимптомно. Если симптомы острого нарушения мозгового кровообращения исчезают в течение одних суток, то такие случаи называются транзиторными ишемическими атаками, или преходящими нарушениями мозгового кровообращения. При восстановлении всех поврежденных функций в течение первых трех недель говорят о "малом инсульте".

Мозг "управляет" всем организмом человека. Определенные области мозга отвечают за движение рук, ног, речь и т.п. Поэтому, какими будут последствия инсульта напрямую зависит от того, в какой части мозга произошла катастрофа. Размер очага или, как говорят врачи, его объем, определяет степень нарушения той или иной функции. Уменьшить влияние острого нарушения мозгового кровообращения поможет быстро и правильно начатое лечение, а также грамотная и успешная последующая реабилитация больного. Доказана прямая зависимость исхода инсульта от времени начала его лечения.

Наиболее частые первые симптомы инсульта:

- внезапная слабость в руке и/или ноге;
- внезапное онемение в руке и/или ноге;
- внезапное нарушение речи и/или ее понимания;
- внезапная потеря равновесия, нарушение координации, головокружение;
- внезапная потеря сознания;
- острая головная боль без какой-либо видимой причины или после тяжелого стресса, физического перенапряжения;
- внезапное онемение губы или половины лица, часто с "перекосом" лица .

Психофизические нарушения, приобретенные вследствие ургентных состояний

Инсульт - это повреждение мозга. Известно, что определенные области мозга "управляют" движениями рук и ног, речью, воспринимают и перерабатывают информацию, приходящую от наших органов чувств (от органов зрения, слуха, рецепторов кожи и мышц). Одни участки мозга ответственны за планирование нашей деятельности, другие контролируют обмен веществ, работу органов дыхания и кровообращения.

При поражении двигательного центра, который расположен в области центральных извилин мозга или путей, идущих от него, нарушается управление движениями и возникает паралич (полная обездвиженность) или парез (частичное нарушение движений) руки или ноги на стороне, противоположной очагу поражения.

При нарушении кровообращения в задних отделах нижней лобной извилины левого полушария (в так называемой области Брока) у правой расстраивается речь - возникает моторная афазия. При грубом поражении больной с моторной афазией напоминает немого, в более легких случаях речь

становится бедной, состоит в основном из отдельных существительных в именительном падеже (почему она получила название "телеграфный стиль").

При очаге поражения, расположенном в задних отделах верхней височной извилины левого полушария (область Вернике) возникает нарушение понимания речи окружающих - сенсорная афазия. Больной с сенсорной афазией становится похожим на человека, попавшего в чужое государство, граждане которого изъясняются на незнакомом языке. Из-за нарушения самоконтроля над правильностью собственного высказывания речь больного мало информативна, состоит из обрывков слов, что позволяет охарактеризовать ее как "словесную крошку". Моторная и сенсорная афазия сопровождаются нарушением чтения и письма. В случаях обширного инсульта с поражением обеих речевых зон возникает тяжелое речевое расстройство: **сенсомоторная афазия, доходящая в иных случаях до степени тотальной афазии**, когда больной ничего не говорит и не понимает речи окружающих.

При поражении теменной области возникает нарушение осязательного узнавания предметов (при ощупывании) - **астереогноз** (стерео - объемный, пространственный; гнозис - узнавание). С поражением теменной доли левого полушария наступает **астереогноз** правой руки, при правостороннем поражении - левой руки. Ощупывая знакомые предметы (например, ключ, карандаш, спичечный коробок, расческу) здоровой рукой человек легко узнает их с закрытыми глазами, в то время как при астереогнозе часто не удается не только назвать их, но и определить форму и материал, из которых сделаны эти предметы.

Часто при теменной локализации инсульта возникают и другие чувствительные нарушения: уменьшение ощущения боли, холода и тепла на противоположной очагу поражения стороне тела.

При поражении области, находящейся на стыке теменной, височной и затылочной долей мозга, возникает нарушение ориентации в пространстве. Больной с таким нарушением не может найти свой дом, квартиру или палату в лечебном учреждении, путается в расположении знакомых улиц, не ориентируется в часах и карте.

Результатом инсульта может явиться и расстройство памяти. Таким больным бывает трудно вспомнить фамилии, номера телефонов, они забывают, куда положили нужную вещь. Характерно, что события прошлых лет, особенно прошедшие в юности и детстве, они помнят хорошо, в то время как произошедшие недавно легко забывают и вспоминают с большим трудом. После перенесенного инсульта нарушения памяти часто усугубляются и становятся основными жалобами больных.

При инсульте, локализованном в правом полушарии головного мозга, с развитием левостороннего гемипареза, у больных нередко наблюдается недооценка или отрицание возникшего двигательного дефекта. Так, например, они утверждают, что могут свободно двигать парализованными конечностями и делать ими все. На просьбу врача поднять левую парализованную руку такой больной отвечает: "Пожалуйста", - но поднимает при этом здоровую правую

руку. Одновременно с недооценкой двигательного дефекта у таких больных иногда возникают различные странные, как они говорят, ощущения в парализованных конечностях. Например, что стало две левых руки или что рука (парализованная) как деревянная либо покрыта шерстью. Эти ощущения вовсе не свидетельствуют о наличии у больных какого-то психического расстройства. Зачастую сами больные не высказывают жалоб на эти странности, понимая всю их нелепость.

При инсульте могут возникать и другие нарушения: расстраивается зрение (при поражении затылочных долей мозга), нарушается координация движений и устойчивость при стоянии и ходьбе (при очагах в области мозжечка), нарушается глотание и изменяется ритм дыхания (при поражении ствола мозга - образования, соединяющего головной и спинной мозг).

Расстройства движений, речи, зрения, глотания относятся к очаговым неврологическим симптомам.

При поражении левого полушария у больных отмечаются более выраженные нарушения психологических показателей по сравнению с больными с поражением правого полушария. В то же время они лучше, чем пациенты с правосторонним инсультом, клинически и психологически восстанавливаются вне зависимости от степени выраженности двигательного дефекта, размера очага и афатических¹ нарушений.

Психоэмоциональное состояние лиц, перенесших инсульт

Инсульт - грозное заболевание и большая беда для человека и его семьи. Человек, переживший инсульт, страдает от своей беспомощности, иногда не находя психологической поддержки у врачей.

Одним из серьезных осложнений после перенесенного инсульта является нарушение высших психических функций, выраженность которых зависит как от обширности, так и от локализации очага поражения.

При поражении правого полушария восстановление менее выражено и не является полным. В этом случае преобладают нарушения различных видов чувствительности, анозогнозия², синдром «половинного внимания», психические нарушения и депрессия. Часто возникают трудности со счетом, узнаванием или запоминанием чисел или дат. Нарушения высших психических функций нередко затрудняют процесс восстановительного лечения. Поэтому особое значение имеет психокоррекционная работа, направленная на повышение активной включаемости постинсультных больных, в процесс восстановительного лечения и психосоциальной адаптации.

Психоэмоциональное состояние постинсультных больных напрямую зависит от реакции пациента на болезнь, а реакция в свою очередь зависит от

¹ Афазия — это расстройство речи, состоящее в утрате способности пользоваться словами и фразами как средством выражения мысли.

² Больные не осознают дефекты, вызванные патологическим процессом. Это может касаться двигательных нарушений (паралича или пареза), расстройств речи, зрения, слуха. В более тяжелых случаях эти расстройства вообще отрицаются.

внутреннего отношения к болезни. Как отмечает Ю.А.Александровский³, на формирование внутренней картины болезни, психоэмоционального реагирования влияют следующие факторы:

- информация о симптомах болезни;
- индивидуально-типологические особенности;
- социокультурные и микросоциальные взаимоотношения;
- особенности психогенного реагирования на «ключевую» психотравму.

При неполном сознании развившегося дефекта у больных формируется пассивное отношение к своему заболеванию, хотя одновременно с этим сохраняется беглость речи, в силу чего они могут казаться социально неполноценными.

Исследования личности больных в восстановительном периоде инсульта выявляют доминирующие реакции личности на заболевание в виде депрессии, психастении, аутичности, тревоги, а также особенности личности, препятствующие формированию адекватной установки в процессе восстановительного лечения: пессимизм, импульсивность, подозрительность, демонстративность, замкнутость. Выявляется и невыраженная склонность к переоценке тяжести состояния, а также к принятию ответственности на себя за исход лечения. Следует указать на то, что у женщин, по сравнению с мужчинами значимо больше выражено внутреннее напряжение, подозрительность, склонность к формированию сверхценных идей и тревожность. У женщин также более высокие показатели импульсивности, эмоциональной неустойчивости и погруженности в субъективные переживания. Возможно, это связано с зависимостью женщины от семьи, с ее ролью матери.

Погруженность больных в свои проблемы, трудность их осознания и переработки сочетается с депрессивной реакцией на ситуацию и усугубляется фиксированностью на своих ощущениях, подозрительностью, вплоть до формирования иррациональных, паранойяльных идей.

В первые месяцы после заболевания больные делают попытки осознания причин возникновения заболевания и исследуют, прежде всего, внешние факторы воздействия и влияния. Среди объективных причин нередко выделяется длительный хронический стресс: болезнь родственников и уход за ними, смерть близких родственников, материальные утраты, затяжные конфликты в семье и на работе, интенсификация труда.

Эмоциональное состояние пациента в первые недели или даже месяцы после перенесенного удара крайне неустойчиво: он может быть капризным, плаксивым, вспыльчивым. Некоторым перенесшим инсульт свойственно безразличное отношение к своему состоянию. Лечебной гимнастикой они занимаются только по принуждению, могут часами лежать в постели или бездумно смотреть одну телепередачу за другой. У таких больных плохо восстанавливаются даже легкие нарушения двигательных функций. Они зачастую беспомощны во всем. И это объясняется не ленью, как иногда считают их близкие, а поражением определенных областей мозга. При

³ Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М., 2004.

обширных поражениях правого полушария наряду с нарушением движений в левой руке и ноге возникает снижение психической активности. Подобного больного следует терпеливо побуждать к действию, всеми силами стараться выработать потребность движения, ходьбы, самообслуживания.

Помимо физических недомоганий и других непосредственных проявлений инсульта, больной испытывает и нравственные страдания: тяжело переживает разрыв с привычным образом жизни; ощущает стыд за свое беспомощное состояние; страх оказаться обузой для родных; тревогу, что останется инвалидом навсегда; тоску от неподвижности и изоляции... Причина тревоги на первом этапе заболевания связана с неотчетливым представлением больных о своей болезни, ее причинах, перспективах излечения, о возможностях восстановления функций и контроля за своим состоянием, о лечебной и жизненной перспективе.

Многие больные болезненно переживают свою зависимость от окружающих. Особенно это относится к людям, которые до инсульта отличались самостоятельностью и свободолюбием, твердым характером, обостренным чувством собственного достоинства. Человек, привыкший всегда сам принимать решения и отвечать за свою жизнь, крайне тяжело приспособляется к тому, что теперь он находится на попечении родных.

Все перечисленные причины могут привести к возникновению депрессии у больного. Это может выражаться в том, что человек не верит в свое выздоровление, теряет интерес к жизни, и, в частности, к восстановительным упражнениям, огорчает своих близких раздражительностью и подчас грубым, сварливым поведением.

Депрессия возникает более чем у половины больных после перенесенного инсульта. Она значительно затрудняет процесс реабилитации больного, осложняет уход за ним и его контакт с окружающими людьми. Депрессия может проявляться головными болями и другими неврологическими нарушениями, которые иногда ошибочно расцениваются, как прогрессирование сосудистого поражения головного мозга у больного, перенесшего инсульт. Для лечения депрессивного синдрома используется психотерапия. Теперь уже депрессия, вызванная болезнью, сама является препятствием для выздоровления — ведь больной не предпринимает усилий к восстановлению нарушенных функций, отталкивает помощь врачей и родственников.

Трудности переживания длительных соматических тягот, физических страданий и неудобств, затруднения в передвижении и в самообслуживании, быстрая утомляемость, необходимость длительных упражнений по восстановлению движений – все это приводит в ряде случаев к импульсивным разрядам, к протестному, демонстративному поведению, к отказу больных от процедур. Ощущение безысходности, возникающее при этом, усиливает депрессивный фон, отягчает его тревожной окраской. Алекситимия⁴ усугубляется иррациональной установкой на то, что «свою боль и переживания

⁴ Алекситимия (греч. а – отрицание, lexis – слово, thyme – чувство) — неспособность пациента называть [эмоции](#), переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план.

нужно терпеть и молчать». Со стороны родственников нередко наблюдается дефицит эмоциональной поддержки и сочувствия, либо чрезмерная манипулятивность больным. Нередко ипохондричность и беспомощность индуцируется тревожно-депрессивным настроением родственников больного.

Выявляются следующие механизмы переработки ситуации, а также **особенности личности больных**, препятствующие принятию адекватной роли в процессе лечения: **демонстративность, импульсивность, подозрительность, замкнутость, пессимизм.**

Качествами личности, способствующими формированию позитивной установки на восстановительное лечение многие авторы называют оптимизм, готовность к принятию ответственности за исход лечения на себя, терпеливость, самодостаточность. Особенности личности больных, изучение и сопоставление установок (по отношению к лечению, к заболеванию и к жизненной перспективе) способствуют активному включению больных в процесс восстановительного лечения, формируют внутреннюю картину болезни и лечебную перспективу.

Особенности коммуникативной сферы и социальной адаптации

Общение в период заболевания приобретает особую значимость. Многие исследователи считают, что наличие у человека выраженного социального интереса и включенность его в широкие социальные связи коррелируют с темпами выздоровления, в частности, и с физическим здоровьем, в общем.

Существует точка зрения, что больной инсультом частично теряет способность к глубоким контактам и круг его общения обязательно сужается. Общение инсультников, с одной стороны, является продолжением основных тенденций общения, с другой - определяется успешностью адаптации к заболеванию и к новому статусу, т. е. удовлетворенностью настоящим. Если в течение жизни человек выработал зрелые контакты с окружающими, то и в период заболевания он будет сохранять возможность удовлетворения потребности в эмоциональных контактах. Те, кто не умел достигать близости в общении в здоровом состоянии: входил с окружающими в частые конфликты, вероятнее всего, будут страдать от недостатка общения и в период заболевания.

В общении проявляет себя выраженная потребность сознавать свою значимость. Она может быть удовлетворена ощущениями того, что ты нужен семье, детям, близким, возможностью служения другим людям своим профессиональным и жизненным опытом, а также сохранившимися способностями. Эта потребность в своем самом благородном варианте приобретает характер творческой потребности, потребности в самореализации. На поддержание этих функций должна быть направлена **психокоррекционная работа.**

Следует отметить, что длительно лежащие больные часто страдают **социальной "одичалостью"**, т.е. потерей навыков поведения в обществе, особенно это касается пожилых людей и людей с проявлениями умственной отсталости, в том числе вследствие перенесенного, инсульта которая всегда на

фоне обездвиженности склонна к прогрессированию. Способность по показателю общения проявляется больше у женщин. У женщин наблюдаются и более высокие показатели шкал самообслуживания, что свидетельствует о большей функциональной и бытовой адаптивности.

При инсульте часто возникают нарушения речи, например афазия. При этом больные испытывают трудности либо с речевоспроизведением, либо с пониманием речи.

Грубые нарушения речи еще в большей степени, чем двигательные расстройства, исключают больного из привычного круга общения, создают тягостное ощущение изоляции и одиночества, нарушают его адаптацию. Речевые расстройства могут усугублять и поддерживать депрессию, которая развивается более, чем у половины перенесших инсульт и, в свою очередь, существенно затрудняет реабилитацию больного, отнимает у него веру в успех, желание и настойчивость в преодолении двигательных, речевых и других нарушений. Восстановление речевых функций требует длительного времени - иногда до 3-4 лет. Поэтому самое серьезное внимание должно быть уделено формированию в семье правильных навыков общения с больным, имеющим речевые расстройства.

Ограничения трудоспособности

Характеристика ограничения жизнедеятельности:

Степень ограничения жизнедеятельности зависит от особенностей неврологического дефицита, выраженности психических нарушений, во многом определяется стадией ДЭ. В I стадии жизнедеятельность чаще ограничивается в связи с нарушением адаптации к внешним воздействиям (колебания атмосферного давления, температуры и др.), физическому и умственному напряжению, производственным стрессам и т. п. Во II и особенно в III стадии ДЭ жизнедеятельность обусловлена координаторными и двигательными нарушениями (способностью к передвижению) в различной степени. Пароксизмальные расстройства (кризы, транзиторные ишемии) дополнительно ограничивают жизнедеятельность и трудоспособность больных. Социальная адаптация больного затруднена в связи с уменьшением возможности приобретения новых знаний. При деменции нарушается способность к адекватному поведению, затем теряются бытовые навыки, становится невозможным самообслуживание.

Критерии оценки трудоспособности больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения вследствие гипертонической болезни и атеросклероза следующие:

Критерии для признания больных трудоспособными: благоприятное течение основного сосудистого заболевания; хроническая недостаточность мозгового кровообращения I степени: легкая очаговая симптоматика, редкие легкие и средней тяжести церебрально-сосудистые кризы и незначительные расстройства психической деятельности при хронической недостаточности

мозгового кровообращения II степени при условии отсутствия противопоказанных факторов в работе.

Критерии для установления III группы инвалидности: прогрессирующее течение и распространенность сосудистого заболевания; стойкая артериальная гипертензия с высокими величинами АД; хроническая недостаточность мозгового кровообращения II степени с умеренными нарушениями функции ЦНС, кризами (средней частоты и тяжести, редкими тяжелыми, редкими средней тяжести в сочетании с частыми легкими), выраженным неврастеническим и астеническим синдромом или умеренным психоорганическим синдромом.

Данные нарушения функции ЦНС у лиц в профессиях со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, ввиду снижения адаптивных возможностей, приводят либо к необходимости сокращения объема производственной деятельности, либо к необходимости перевода на другую работу со снижением квалификации. Основанием для определения III группы инвалидности являются противопоказанные факторы в работе — неблагоприятные метеоусловия (изменение температуры, влажности), повышенное нервно-эмоциональное напряжение и стрессы, чрезмерные физические нагрузки (подъем и перенос больших тяжестей, их удержание), работа с профессиональными вредностями нейротропного действия.

Критерии для установления II группы инвалидности: быстро прогрессирующее течение сосудистой патологии; сочетание гипертонической болезни с атеросклерозом, осложнение коронарной недостаточностью II степени; хроническая недостаточность мозгового кровообращения II и III степени с выраженными нарушениями двигательных, мозжечковых, вестибулярных, зрительных функций и речи, кризами (частыми средней тяжести и тяжелыми, средней частоты тяжелыми, а также сочетания кризов средней частоты и тяжести с частыми легкими и редких тяжелых с частыми легкими или средней тяжести), повторными инсультами, выраженными изменениями интеллектуально-мнестических функций (выраженным психоорганическим синдромом), в связи с чем резко нарушаются адаптивные возможности к трудовой деятельности.

Критерии для установления I группы инвалидности: хроническая недостаточность мозгового кровообращения III степени с резко выраженными двигательными и мозжечковыми расстройствами (гемииплегия, резко выраженный гемипарез, выраженная атаксия), выраженными нарушениями речи (моторная и сенсорная афазия), выраженным паркинсоническим синдромом, а также выраженными органическими изменениями психики, вплоть до слабоумия, требующими постоянного постороннего ухода или надзора.

Противопоказанные виды и условия труда.

В основном при ДЭ I стадии противопоказана работа в кессоне, горячем цехе, в условиях значительного физического и нервно-психического напряжения, воздействия токсических веществ, в ночную смену, при

возможности стрессовых ситуаций, необходимости принятия ответственных решений.

В основном при ДЭ II стадии противопоказана работа, связанная с необходимостью адекватного ситуационного поведения, точных координированных движений, длительной ходьбы и с нервно-психическим напряжением.

Таким образом, при вынесении экспертного решения необходимо указывать клинические, физиологические, психологические и социальные факторы.

При составлении индивидуального плана социально-трудовой реабилитации больным с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (ХНМК) вследствие гипертонической болезни и атеросклероза необходимо учитывать не только стадию и течение заболевания, степень ХНМК и выраженность нарушенных функций ЦНС, но и основную профессию больного, его профессиональные навыки, специальную и общеобразовательную подготовку, условия работы и установку больного на возможность продолжения трудовой деятельности.

Необходимо учитывать, что больным с хронической цереброваскулярной недостаточностью абсолютно противопоказан труд со значительным физическим и нервно-психическим напряжением.

Лица тяжелого неквалифицированного и малоквалифицированного физического труда, имеющие низкий общеобразовательный уровень (грузчики, плотники, штукатуры и т. п.) должны быть трудоустроены на более легкую физическую работу. Лицам квалифицированного физического труда, который требует среднего или легкого физического напряжения (водители, крановщики, слесари, рабочие-станочники, электромеханики и т. д.), следует рекомендовать оставить свою профессию, если заболевание имеет неблагоприятное течение, сопровождается церебральными кризами. Если в течение заболевания не выявляются указанные осложнения, а выполняемая больным работа относится к легкой по степени физического напряжения (до 2,4 ккал/мин), тогда следует рекомендовать профессиональный труд с уменьшением объема производственной деятельности.

В тех случаях, где больному нельзя рекомендовать работу по своей специальности, при трудоустройстве целесообразно рекомендовать выполнение работы с использованием профессиональных навыков, так как переобучение или переквалификация больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга крайне затруднена. К примеру, водители могут выполнять работу механика или слесаря, станочники — также слесарные работы или работу контролера ОТК. Наиболее сохранными в своей профессии являются слесари. Однако данной категории больных необходимо своевременно предоставлять облегченные условия труда (рекомендовать мелкие слесарные работы в условиях сокращенного рабочего дня).

Лица умственного труда со значительным нервно-психическим напряжением (руководящие работники, главные конструкторы, главные

инженеры и т. п.) должны быть трудоустроены на работу с использованием профессиональных навыков, но лишь на ту, которая требует умеренного психоэмоционального напряжения. Лица умственного труда, работающие в профессиях с умеренным нервно-психическим напряжением, длительное время могут работать в своей профессии. Однако, в целях сохранения и развития компенсаторных механизмов, им необходимо рекомендовать работу в специально созданных условиях или на дому. Например, инвалидам — работникам интеллектуального труда может быть рекомендована работа консультативного характера, а лицам физического труда — мелкие сборочные работы.

Трудоспособные больные

К этой категории относят больных I и реже во II стадии ДЭ при благоприятном течении заболевания (относительная стабилизация, медленное прогрессирование) и удовлетворительных результатах терапии; при умеренном нарушении функций, редких и легких ПНМК (в случае рационального трудоустройства или осуществления ограничений в работе по рекомендации экспертной комиссии (ЭК) поликлиники).

У двух третей молодых пациентов после инсульта наблюдаются трудности в работе и социальном функционировании, несмотря на клиническое выздоровление. Это свидетельствует о недостаточности собственных ресурсов организма для приемлемого восстановления мозга вне зависимости от вида инсульта.

2. Современные подходы к реабилитации лиц, перенесших инсульт, в условиях учреждений социального обслуживания

2.1. Рекомендации по восстановлению двигательной активности, социально-бытовых навыков

При расстройстве мозгового кровообращения в мозге образуется патологический очаг, ядро которого составляют погибшие нервные клетки. А вокруг и вблизи него - клетки, как говорят, временно инактивированные, "заторможенные". Им-то и необходимо вернуть активность. Есть и такие, которые прежде не были задействованы в обеспечении движения, речи, однако готовы перестроиться и в определенной степени компенсировать бездействие, взять на себя обязанности погибших. "Научить" этих добровольцев передавать нужные импульсы, устраняя тем самым препятствия для нормальной работы тех или иных областей мозга, удастся только с помощью физических упражнений.

Спонтанное восстановление двигательных функций происходит не слишком часто и протекает медленно. Период восстановления нарушенных функций начинается при благоприятном течении через 5-15 дней и продолжается 2-5 месяцев. Восстановление функций нижней конечности наступает к 4-й неделе, верхней (наиболее полно) - к 12-й, восстановление чувствительности - на 2-3-й месяц, речи - в течение 1-12 недель. Однако правильно и своевременно организованная (со 2-3-го дня от начала

заболевания) реабилитация позволяет в более ранние сроки добиться существенного улучшения физической активности, приспособления к самообслуживанию, а нередко - полного или частичного возвращения трудоспособности. Регресс моторных нарушений наиболее интенсивно происходит **в первые 6 месяцев после инсульта**. Именно в это время удастся добиться более существенного восстановления двигательной активности при интенсивной работе с больными. Современные подходы к реабилитации предполагают использование кинезотерапии, механотерапевтических тренажеров, программно-аппаратных комплексов, лечебной физкультуры и др.

Кинезотерапия. Современные механотерапевтические тренажеры

Кинезотерапия - это лечебные движения, направленные на разработку и улучшения подвижности крупных и мелких суставов, сегментов позвоночника, увеличения эластичности сухожилий, мышечной ткани. Рекомендуется, как эффективнейшая восстановительная методика для пациентов, перенесших инсульт. Кинезотерапия включает в себя три основных направления: лечение положением, массаж и активно-пассивная гимнастика.

Целенаправленное применение **кинезотерапии** выравнивает динамику основных нервных процессов - возбуждения и торможения.

Кинезотерапия может применяться при реабилитации самых разных заболеваний и повреждений нервной системы на всех этапах лечения. В лечебном действии выделяют **4 основных механизма**:

- **тонизирующий;**
- **трофический;**
- **формирования компенсации;**
- **нормализация функции.**



Лечение положением – это использование индивидуальных ортопедических изделий (деротационный сапожок, тугор, бандаж, кистедержатель, лонгета и т.д.) и коррегирующих укладок.

Классический массаж паретичных конечностей проводится с целью восстановления трофики тканей⁵.

⁵ Трофика — это совокупность процессов клеточного питания, обеспечивающих жизнедеятельность клеток тканей и органов.

Массаж на аппарате "Хивамат" - это уникальная методика, применяемая для воздействия на глубокие ткани организма. Данный вид массажа оказывает обезболивающее, противоотечное, антиспастическое действие и является методом выбора в тех случаях, когда классический массаж противопоказан.

Оригинальная особенность работы этого аппарата заключается в том, что и массажист, и пациент подключены к прибору, а терапевтическим эффектом обладает электростатическое поле между ними. Благодаря действию электростатического поля соответствующий участок ткани последовательно поднимается и опускается. В этом состоит отличие от надавливания, осуществляемого руками массажиста, следующего направлениям кровотока, или ручного аппликатора. При быстром последовательном повторении этого процесса происходит ритмичная деформация ткани. Электростатические импульсы, ведут к повышенному трению между остальными частями, а во время интервалов между импульсами ткань эластично сопротивляется этому воздействию. Таким образом, ткань, подвергаемая воздействию, "проминается" на всю глубину. Система "Хивамат" прежде всего, оказывает влияние на микроциркуляцию в интерстициальной соединительной ткани. Лечение приводит к нормализации обмена жидкостей в ткани вокруг клеток и по лимфатическим и кровеносным сосудам, устраняются застойные явления, улучшается кровоснабжение тканей, восстанавливаются процессы обмена. Помимо этого, глубокая осциляция на аппарате "Хивамат" оказывает существенный обезболивающий и расслабляющий эффект, поэтому пациенты чувствуют себя полностью расслабленно и комфортно.



Показаниями для проведения процедуры являются:

1. Нарушения тонуса и/или сократительной способности мышц (геморрагический и ишемический инсульты, черепно-мозговые и спинальные травмы, травмы нервов и сплетений, рассеянный склероз).
2. Боли различного генеза (травматические повреждения опорно-двигательного аппарата, рефлекторные и корешковые синдромы остеохондроза позвоночника, мигрень).
3. Нарушения венозного кровообращения (хроническая венозная недостаточность конечностей).
4. Нарушения лимфообращения (лимфедемы в послеоперационном периоде после радикального лечения злокачественных опухолей молочной

железы, яичка, дна полости рта, простаты, щитовидной железы, языка, в том числе и на фоне лучевой терапии).

5. Нарушения трофики тканей (болезнь Зудека, деформирующий остеоартроз, остеопороз, болезнь Бехтерева, ревматоидный полиартрит, трофические язвы голени, пролежни).

6. Остеопороз.

7. Состояния после протезирования суставов.

Количество процедур подбирается индивидуально лечащим врачом и зависит от диагноза, наличия сопутствующих заболеваний, возраста и многих других факторов.

Активно-пассивная гимнастика направлена на активизацию пациента для восстановления необходимого объема движений в суставах, профилактику контрактур. Проводятся индивидуальные занятия ЛФК (пассивные, активные и дыхательные упражнения). Для подготовки пациента к стоянию в вертикальном положении необходима нейросенсорная стабилизация. Для ее достижения используют **вертикализаторы** стационарные или на электроприводном **вертикализаторе**, например **вертикализатор «Lojer»**. Данное устройство, постепенно, изо дня в день, увеличивая угол наклона фиксирующей поверхности, позволяет «приучать» сердечно-сосудистую систему к вертикальным нагрузкам. При необходимости орто-статический аппарат монтируется манипуляционным столиком для развития движений в кистях рук и мелкой моторики пальцев. Поэтапная вертикализация пациентов с двигательными нарушениями (даже полностью обездвиженных) способствует формированию опорности конечностей и стабилизации туловища, а также положительно влияет на мотивационный настрой больного, стимулируя его активное участие в реабилитационном процессе.

Пациентам с резко ограниченными двигательными возможностями показаны занятия на аппаратах механотерапии «**Артромот**» и «**Тера Виталь**».



Механотерапевтический тренажер «Артромот» для разработки суставов.



Тренажер для активно-пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей

Данные устройства позволяют совершать движения во всех суставах конечностей как на полностью пассивном уровне (без применения мускульной силы больного), так и с его частичным или полным активным участием. Уровень нагрузки подбирается строго индивидуально с учетом тяжести состояния пациента. Для восстановления функций опорно-двигательного аппарата используется рефлекторно-нагрузочное устройство «Гравистат» («костюм космонавта»).



При его разработке использовались научные данные по воздействию гравитационного поля Земли на формирование вертикальной позы и ходьбы человека. Под воздействием лечебно-нагрузочного костюма снижается исходно высокий мышечный тонус, формируется правильный двигательный стереотип, развивается эмоционально-волевая сфера, улучшаются высшие корковые функции. Общие противопоказания лечебных костюмов: грыжа, сколиоз, гипертония, тромбоз.

Для устранения легкого двигательного дефекта и исправления статико-локомоторных деформаций возможно применение силовых компьютеризированных тренажеров. Индивидуально (после консультации врача ЛФК и регистрации биомеханических характеристик шага) подбирается необходимый вид тренажера с целью коррекции рисунка ходьбы. Занятия в

большом, светлом, прекрасно оснащенном зале лечебной физкультуры с зеркальными стенами формируют у пациентов устойчивую мотивацию к выздоровлению.

Тренажерный комплекс Locomat (роботизация ходьбы)

Основными показаниями к использованию **комплекса Locomat** являются следующие патологии: частичный или полный перерыв спинного мозга (спинномозговая травма) состояние после перенесенных инсультов головного мозга, состояние после тяжелых черепно-мозговых травм, аварии. А также, используется при: последствиях тяжелых травм опорно-двигательного аппарата, после длительной неподвижности человека, периферические параличи, церебральный паралич с 15 лет, но не у маленьких детей. **Терапия на комплексе Locomat** сочетается со всеми известными двигательными, физиотерапевтическими методиками и медикаментозным лечением.



Стабилометрия - это метод исследования функций организма, связанных с поддержанием равновесия. Он является глобальной характеристикой баланса тела, даёт дополнительные возможности для выявления:

- функциональных нарушений при заболеваниях позвоночника, нервной системы, вестибулярного и зрительного анализатора;
- опороспособности конечностей;
- функционального состояние голеностопных суставов;
- нарушений баланса при сколиозах, после травм и операций

Метод стабилометрии позволяет:

- управлять реабилитационным процессом и фиксировать динамику;
- проводить дополнительные тренировки пациентов по принципам биологической обратной связи (поиск двигательной стратегии, тренировка двигательного навыка).



Метод стабилометрии незаменим при:

- неврологических заболеваниях (последствия инсультов и черепно-мозговых травм, детский церебральный паралич, дисциркуляторная энцефалопатия, болезнь Паркинсона, атаксии, гиперкинезы, падения, полинейропатии);
- нарушениях зрения;
- дисфункции глазодвигательных мышц (косоглазие);
- патологии вестибулярного аппарата (головокружение);
- заболеваниях позвоночника (нарушение осанки, сколиоз, остеохондроз, синдром позвоночной артерии);
- патологии стоп (деформация, плоскостопие);
- оценке результативности реабилитации (физической, лечебной физкультуры, мануальной терапии и других);
- экспресс-оценке психофизиологического состояния человека;

Одним из наиболее тяжелых последствий инсульта, значительно снижающим функциональные способности больных, является нарушение функции ходьбы, которое проявляется почти у всех больных, перенесших инсульт. Поэтому восстановление навыков ходьбы, улучшение качества и скорости походки, а также позного контроля, рассматривается как одно из приоритетных направлений реабилитации больных, перенесших инсульт.

В основе метода балансотерапии лежит двигательное обучение произвольному контролю вертикальной позы с использованием биологической обратной связи. Сеанс **балансотерапии** проводится на стабилометрической платформе посредством специальных игровых тренажеров.



Занятия на комплексе "Биомеханика" - это уникальная методика восстановления движений после инсульта.



Комплекс "Биомеханика" позволяет осуществлять управление активной реабилитацией на принципах биологической обратной связи, и применяется в реабилитации больных с неврологической, ортопедической, травматологической, костно-суставной, вестибулярной и смешанными видами патологий.

Программное обеспечение комплекса позволяет в автоматическом режиме получать статистически обработанные результаты исследования в сравнении с соответствующими нормативами.

Тренажер пассивно-активной гимнастики Multimaster, рекомендуемый тем, кто страдает патологией опорно-двигательного аппарата, заболеваниями нервной системы, хронической венозной недостаточности нижних конечностей.



Пассивно-активная гимнастика на тренажере Multimaster базируется на основании классических методик кинезотерапии, учитывая общее состояние, психоневрологический статус и индивидуальные особенности пациента.

Активация двигательных возможностей пациентов проводится поэтапно в направлении от центра к периферии, сначала формируются движения туловища и проксимальных суставов с постепенным включением дистальных мелких суставов. Освоение новых моторных функций проводится за принципами "от пассивных через пассивно-активные к активным движениям". Пассивные и активные движения в суставах проводятся во всех плоскостях в направлении до физиологического упора с постепенным увеличением числа повторов, скорости и точности движений.

Большое внимание уделяется правильности исполнения движения, выраженности нередуцированных патологических рефлексов, постуральных реакций и **патологических синкинезий**⁶. Каждое занятие включает упражнения дыхательной гимнастики, упражнения для "разработки суставов", которые способствуют мобильности суставов позвоночника и конечностей, а также упражнения для укрепления мышечно-суставного аппарата.

Очень важным для эффективной реабилитации является продолжение необходимого двигательного режима с использованием комплекса рекомендуемых упражнений в домашних условиях.

⁶ от греч. syn - с, вместе и kinesis - движение) - дополнительные движения, которые произвольно возникают при основных функциональных движениях. К синкинезиям, в частности, относятся движения рук при ходьбе.

«Тренажер Агашина». «Тренажер Агашина» - биомеханический тренажер, массажер-стимулятор, оказывающий нормализующее, общеукрепляющее и общеразвивающее воздействие.

Сущность работы волновых тренажеров состоит в том, что они создают условия для периодической смены состояния скелетной мускулатуры: напряжение - расслабление и, наоборот, с частотой от 1 до 5 Гц. При этом человек сам инициирует смену состояния и интенсивность работы мышечной системы, включая в работу и соответственно тренируя центральную и периферическую нервные системы, сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы организма.

Следуя друг за другом, механические волны напряжения и расслабления не просто втягивают в общий ритм работы все системы, но и организуют и поддерживают однообразную структуру воздействия при управляемой амплитуде, что определяет качество воздействия.

Эффективность волновых тренажеров обусловлена природой естественно-биомеханического (волнового) воздействия на функциональные системы человека с помощью механических колебаний, создаваемых им самим, в виде биомеханических волн, воздействующих на тело. Биомеханические волны напряжения и расслабления оказывают комплексное нормализующее, развивающее и лечебное воздействия на функциональные системы, мышцы, восстанавливая и тренируя различные группы мышц, связок, сухожилий, сосудов, капилляров, нервов и т. п.

Механическая работа, затрачиваемая во время занятий, невелика, но очень эффективна в силу ее структурирующей направленности. При этом интенсивность занятий и физическая нагрузка допустимы в такой степени, в какой они разрешены на обычных занятиях физическими упражнениями.

Комплекс упражнений с волновыми тренажерами Агашина позволяет направлять воздействие на мышцы ног, рук или туловища, хотя любое упражнение оказывает глобальное нормализующее воздействие на все системы и органы человека, что равносильно активации, согласованию и безлекарственному стимулированию всех жизненно важных систем человека

Одновременно волновой переход скелетной мускулатуры от состояния напряжения к расслаблению и обратно с частотами 1-5 Гц (колебаний в секунду) осуществляет:

- волновой массаж скелетной мускулатуры;
- массаж кровеносных и лимфатических сосудов;
- активацию работы периферической и центральной нервной систем;
- разгрузку сердца и нормализацию показателей работы сердечно-сосудистой системы;
- укрепление связок и суставных сумок;
- нормализацию обмена веществ и ускоренное восстановление после тренировочных занятий, болезней, травм, операций и т.п. [1].

Показания:

- ишемическая болезнь сердца I-II класса;

- гипертоническая и гипотоническая болезнь I-II степени;
- неврозы, депрессии, синдром хронической усталости;
- остеохондрозы с корешковым синдромом;
- атеросклероз сосудов, венозная недостаточность;
- двигательные нарушения при заболеваниях нервной системы и последствиях ОНМК (инсульт);
- невриты, полиневриты;
- синдром малого сердца, болезнь Рейно;
- растяжения, вывихи, гематомы.

Предназначен для занятий детей и взрослых зарядкой, ОФП, фитнес-разминкой, для общей и специальной спортивной тренировки, лечения и профилактики заболеваний и травм. Особенно эффективен для восстановления.

Одно упражнение выполняется 10-30 сек (первые 1-2 недели – 5-15 сек), отдых между упражнениями ЛФК 20-60 сек, при общеоздоровительных – 10-30 сек. Каждое упражнение можно повторять. Рекомендуемое время занятия – 8-15 минут, включая отдых, что примерно, соответствует оздоровительному эффекту от занятия ОФП длительностью 20-40 минут.

Противопоказания:

- камни в почках и желчном пузыре;
- злокачественные новообразования;
- аневризмы и сердца и сосудов.

Рекомендации по восстановлению физических возможностей, социально-бытовых навыков методами лечебной физкультуры

Лечебная физическая культура (ЛФК) в комплексе с другими терапевтическими мероприятиями должна использоваться на всем протяжении реабилитационного периода, в котором различают три этапа:

- ранний восстановительный этап (до 3 месяцев);
- поздний восстановительный этап (до 1 года);
- этап компенсации остаточных нарушений двигательных функций (свыше 1 года).

На первых двух этапах средства ЛФК содействуют в основном восстановлению нарушенных двигательных функций, а на третьем этапе - преимущественно формированию соответствующих компенсаций.

Лечение положением применяют с целью уменьшения повышенного тонуса (гипертонуса) мышц и предупреждения образования порочной (неправильной) позы паретичных (от греч. paresis - ослабление) конечностей. Если лечение положением не проводить, то сформировавшаяся неправильная поза не позволит в дальнейшем восстановить полный объем движений в конечностях и станет причиной инвалидности.

Лечение положением возможно из исходного положения, лежа на спине (щит под матрацем). Паретичные конечности больного надо уложить в "корректирующее положение" - противоположное постинсультной

(гемиплегической) контрактуре. Руку укладывают на подушку так, чтобы плечевой сустав и вся верхняя конечность находились на одном уровне в горизонтальной плоскости, и отводят в сторону на 30-40°. В последующем угол отведения доводят до 90°. Между туловищем и плечом помещают ватно-марлевый валик или мешочек с песком. Предплечье разогнуто и супинировано (от лат. *supino* - переворачивать, откидывать назад). Пальцы кисти разогнуты, большой палец отведен. На ладонь и пальцы кладут груз - 1 кг и более (величина груза зависит от степени выраженности гипертонуса). Груз удерживают от 15 мин до 1 ч. Затем кисть и пальцы фиксируют в разогнутом положении с помощью лонгеты. Под коленный сустав паретичной конечности подкладывают валик высотой 20 см. Стопа разогнута под углом 90°, находится в упоре о деревянный ящик или фиксирована гипсовой лангетой. Для предотвращения супинации бедра снаружи бедра, стопы и голени укладывают длинный мешочек с песком.

При положении больного на здоровом боку паретичная нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах, а рука выпрямлена вдоль туловища.

Длительность лечения положением устанавливают индивидуально. Его целесообразно проводить 2 раза в день по 30-45 мин непосредственно после окончания занятия лечебной гимнастикой.

При появлении жалоб на онемение, неприятные ощущения и боль надо менять положение конечности. Укладку паретичных конечностей не рекомендуется проводить во время приема пищи и в период послеобеденного отдыха. Регулярная смена положения тела и конечностей способствует не только снижению тонуса спастичных конечностей и улучшению периферического кровообращения, но и предупреждает застойные явления в легких. Лечение положением назначают по показаниям не только на раннем, но и на позднем восстановительном этапе.

Пассивные движения. Первые пассивные движения с целью улучшения подвижности суставов осуществляют уже через 2-3 дня после начала заболевания. Их выполняют с помощью инструктора ЛФК (или родственника), когда активные (самостоятельные) движения не может делать сам больной. Они должны быть плавными, не вызывать болезненных ощущений, медленными, изолированными в каждом суставе, во всех плоскостях. При пассивном движении суставам всей конечности должно всегда придаваться положение, противоположное позе Вернике-Манна⁷.

Выполнять пассивные упражнения рекомендуется ежедневно и многократно, повторяя движения в каждом суставе до 10-15 раз. Следует учитывать реакцию больного на движения, не допускать появления болей,

⁷ Вернике-Манна поза - своеобразная поза больного при центральном гемипарезе (параличе), развившемся вследствие поражения внутренней капсулы: приведение плеча к туловищу, сгибание предплечья, сгибание и пронация кисти, разгибание бедра, голени и подошвенное сгибание стопы; обусловлена повышением мышечного тонуса сгибателей руки и разгибателей ноги.

задержки дыхания, повышения спастичности. Наиболее благоприятная поза для этих движений - лежа на спине.

В остром периоде болезни пассивные движения необходимо начинать с кисти и стопы, учитывая, что движения в мелких суставах почти не отражаются на общем кровообращении. Через несколько дней включают движения в локтевом, плечевом, а затем в коленном и тазобедренном суставах. В случаях, когда мышечный тонус повышен, движения рекомендуется начинать с крупных суставов конечностей, переходя к более мелким.

Дыхательные упражнения. Дыхательные упражнения способствуют увеличению подвижности диафрагмы и урежению частоты дыхания, тем самым улучшая вентиляционную функцию легких и предупреждая осложнения. Их используют на протяжении всего курса лечения. При выполнении дыхательных упражнений не должно быть задержки дыхания, натуживания. После полного выдоха делают короткую паузу (1-3 с). Этим обеспечивается хороший вдох. Дышать следует через нос, кроме случаев, когда носовое дыхание затруднено. Дыхание должно быть медленным, плавным, ритмичным, средней глубины, с равномерным участием ребер и диафрагмы - так называемое полное дыхание. Вдох форсировать не нужно, он будет произвольно углубляться по мере увеличения мощности выдоха.

В начале лечения применяют "статические" дыхательные упражнения, выполняемые без сочетания с движениями конечностей и туловища. С расширением двигательных возможностей больного включают применение "динамических" дыхательных упражнений, сопровождаемых движениями конечностей и туловища.

Не рекомендуется производить форсированные глубокие вдохи, делать большое количество повторений дыхательных движений подряд (оптимально 3-4 раза).

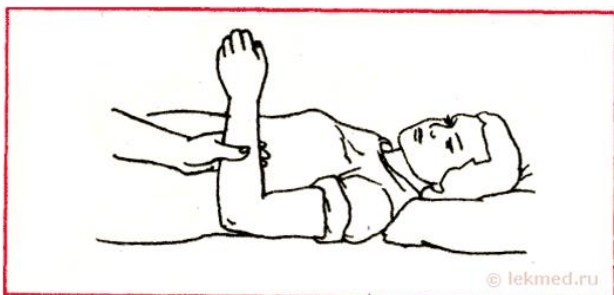
Дыхание оказывает существенное влияние на состояние мышечного тонуса конечностей. При вдохе тонус мышц повышается, а при выдохе понижается. Фазу выдоха необходимо использовать для уменьшения спастичности мышц. Пассивные или активные упражнения для мышц с резко повышенным тонусом рациональнее выполнять одновременно с удлиненным выдохом.

Для достижения эффективных результатов восстановительного лечения следует придерживаться оптимальной последовательности и рационального распределения процедур в течение дня. Вначале проводят лекарственные и физиотерапевтические воздействия, затем ЛФК и лечение положением. Отсутствие речи не является противопоказанием для назначения больному, **перенесшему инсульт**, лечебной гимнастики. При затруднении контакта с больным, что обусловлено речевыми нарушениями или изменениями психики, выборочно используют пассивные движения, лечение положением, точечный массаж. Надо помнить, что больной с моторной афазией все слышит и понимает, но, находясь в заторможенном состоянии, лишен возможности

ответить. Во избежание усиления процессов торможения с этим больным следует говорить вполголоса.

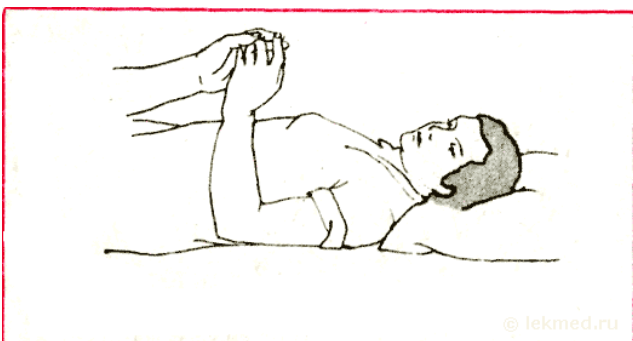
Успех восстановления утраченных функций во многом зависит от степени участия больного в занятиях ЛФК. Поэтому медицинский персонал и родственники должны неуклонно и упорно заставлять больного систематически заниматься подобранными для него физическими упражнениями. Пациент должен быть уверен, что окружающие его люди сделают все от них зависящее, чтобы содействовать его выздоровлению.

Активная гимнастика. Пассивные движения и массаж являются подготовительными мероприятиями перед проведением активной гимнастики, которая играет важную роль для выработки изолированных движений в паретичных конечностях. Активную гимнастику начинают с упражнений для здоровых конечностей, чередуя их с гимнастикой для паретичных, а также с дыхательными упражнениями.

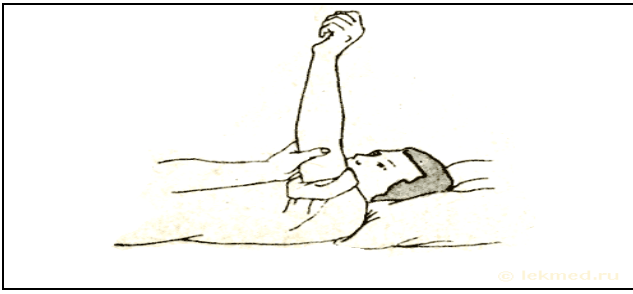


Нагрузка на сердечно-сосудистую и дыхательную системы должна возрастать постепенно, так как иначе можно вызвать переутомление больного. Пульс рекомендуется контролировать после каждого упражнения, выполненного 1—5 раз. Упражнения следует разделять паузами для отдыха продолжительностью 1—2 минуты.

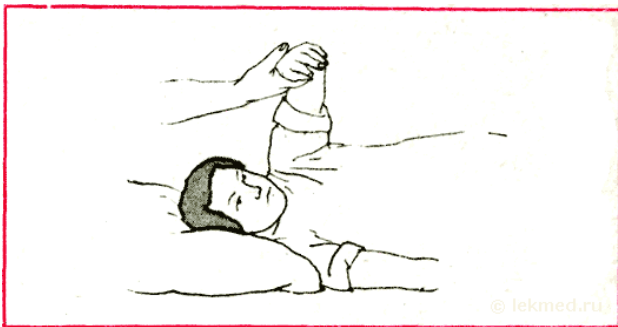
Начинают активную гимнастику с **упражнений в изометрическом режиме.** Изометрическое сокращение мышцы — это сокращение без укорочений, то есть без движения в суставах. При выполнении упражнений в этом режиме часто требуется оказывать помощь больному.



Чтобы добиться изометрического сокращения разгибателей кисти и пальцев, больного укладывают на спину, руку сгибают в локте и придают предплечью вертикальное положение.



Затем следует разогнуть (выпрямить) кисть и пальцы (чтобы они с предплечьем составляли 180 градусов). Придерживая паретичную руку за предплечье, больного просят удержать кисть и пальцы в этом разогнутом положении. В том же исходном положении, но придерживая паретичную руку за кисть, больного просят удержать предплечье в заданном вертикальном положении. Это упражнение направлено на тренировку сгибателей предплечья в изометрическом режиме. Для тренировки разгибателей предплечья паретичную руку больного разгибают в локте и поднимают вертикально вверх. Фиксируя плечо больного, просят удержать руку в поднятом положении. Для этого он должен напрячь разгибатели предплечья.



Изометрическое сокращение отводящих мышц плеча осуществляют в положении больного на здоровом боку. Паретичную руку поднимают вверх и сгибают в локте под углом 90 градусов. Поддерживая предплечье, просят больного удержать руку в таком положении.

Сгибатели бедра тренируют в изометрическом режиме в положении больного на спине. Паретичную ногу сгибают в колене, слегка придерживая ее за голень. И больного просят удержать ногу в таком положении, не давая ей разогнуться в колене. В том же исходном положении можно тренировать отводящие мышцы бедра. Слегка отведя согнутую в колене ногу в сторону, просят больного удержать ее в зафиксированном положении.

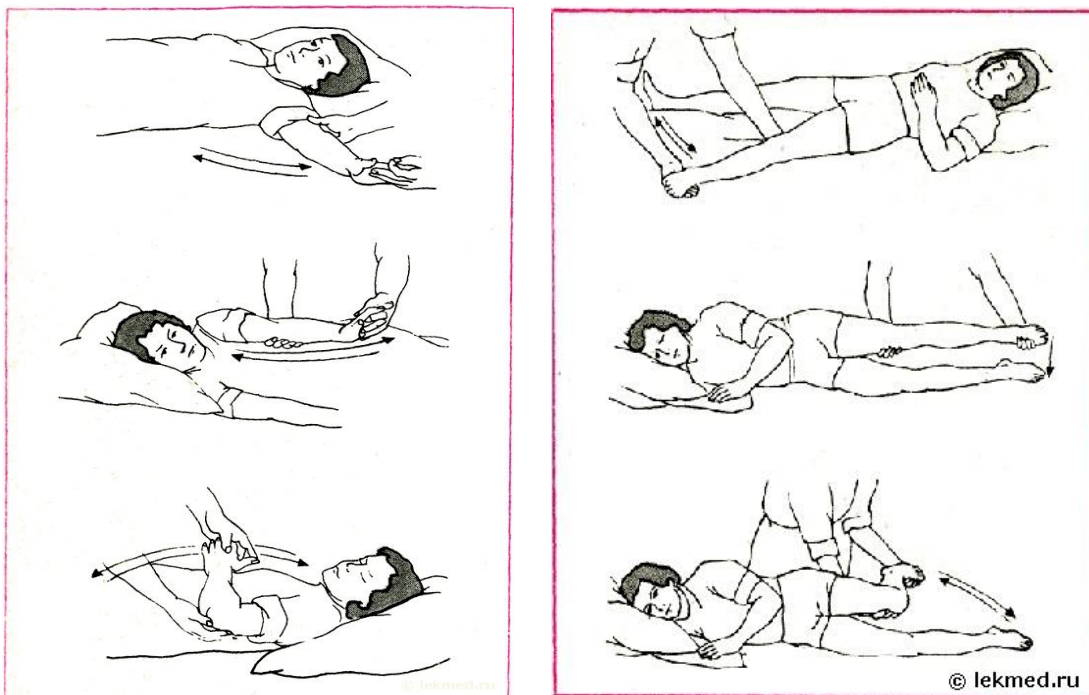
Упражнения эти составляют начальный комплекс активной гимнастики. В первые дни занятий их следует выполнять по 2—3 раза, постепенно доводя число упражнений до 5—10 раз.

При появлении у больных самостоятельных изолированных движений приступают к их тренировке. С этой целью применяют облегченные упражнения, цель которых устранить нежелательное влияние силы тяжести. «Лучше всего их проводить с помощью различных подвесов, гамачков и блоков. Облегченные упражнения не должны вызывать болевых ощущений. Выполняют их в медленном темпе, в доступном для больного объеме. В первую очередь проводят упражнения для мышц, тонус которых обычно не

повышается. Так, например, поддерживая паретичную руку гамачком, предлагают больному совершать те активные движения, которые у него уже появились.

Это и отведение, и приведение плеча, сгибание и разгибание предплечья, разгибание кисти. Облегченное отведение и приведение бедра тренируют в положении больного на спине. А повернув больного на здоровый бок и поддерживая пораженную ногу, тренируют разгибание и сгибание голени. Когда со временем объем активных движений возрастет, следует добавить **упражнения с легким дозированным сопротивлением**. Осуществляется это так; например, при активном разгибании голени надо попытаться слегка препятствовать этому движению, нажимая сверху *на* голень и *не* давая ноге разгибаться в колене. Аналогично проводят упражнения с легким сопротивлением для остальных мышечных групп.

Нужно помнить, что упражнения с сопротивлением включаются в комплекс активной гимнастики только при появлении активных изолированных движений в достаточно большом объеме. Упражнения эти рекомендуются в основном для мышц, в которых тонус не повышается. Выполняющему их нужно особенно внимательно следить за дыханием. Больной не должен задерживать его. Упражнения с сопротивлением необходимо сочетать с пассивными упражнениями на расслабление.



Комплекс упражнений для восстановления координаторных нарушений. Комплекс упражнений для больных с нарушениями координации направлен на повышение точности и меткости движений, согласованности действий между различными мышцами, а также на тренировку равновесия и уменьшение тремора.

Точность и меткость движения:

- движения со сменами скорости и направления;
- попаданием указательным пальцем в неподвижную, а затем и в движущуюся цель;
- метание меча.

Повышение согласованности действий между различными мышечными группами:

- движения с заданным ускорением и замедлением;
- перенос стакана с водой различной наполненности;
- поднесение ложки с водой ко рту.

Тренировка равновесия:

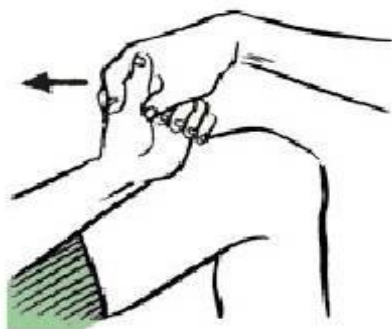
- ходьба боком;
- ходьба по прямой линии;
- ходьбы с закрытыми глазами;
- повороты и наклоны туловища и головы.

Уменьшение тремора:

- сознательное воспроизведение тремора (той же частоты и амплитуды);
- постепенное утяжеление конечности с помощью груза.

Примечание. Необходимо помнить, что любые занятия восстановительными упражнениями должны быть дозированными и индивидуально подобранными. Наибольшая эффективность будет получена, если комплекс упражнений подобран врачом. Все упражнения следует выполнять только под наблюдением, так как больных с нарушением координации необходимо подстраховывать.

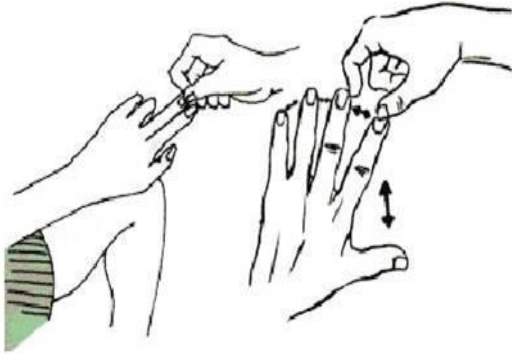
Упражнения для кисти.



Расположите слабую руку на ноге с той же стороны тела, большим пальцем вверх. Медленно, очень аккуратно сгибайте кисть, как показано на рисунке. После того как пальцы расслабятся, положите руку ладонью вниз. Медленно и аккуратно распрямите пальцы кисти. Также плавно разведите пальцы по отдельности и затем вновь соедините их.



Расположите руку на ноге ладонью вниз. Аккуратно и плавно поворачивайте кисть верх и вниз. Данное упражнение является подготовительным этапом к следующему упражнению.



В комплекс лечебно- гимнастических упражнений для кисти не рекомендуется включать упражнения, которые могут привести к усилению тонуса в руке. Например, сжимание слабой кистью мячика или эспандера. Желательно при занятии использовать мелкие предметы (кубики, пирамидки), пластилин.

Упражнения для руки.

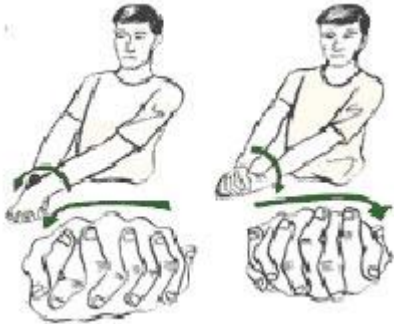


Исходная позиция: соедините две руки, как показано на рисунке, при этом "больная" кисть должна быть сверху.

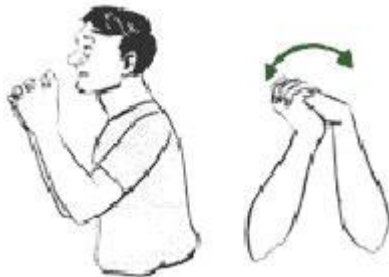
Поднимите руки над головой, сохраняя локти разогнутыми.



Согните руки в локтях на уровне плеч и поверните вначале вправо, а затем влево. Протяните руки, как показано на картинке и поверните вначале направо, затем налево.



Положите соединенные ладони на правое колено и поднимите их к левому плечу. Верните руки в исходное положение и поднимите к правому плечу.



Руки согнуты в локтевых суставах и прижаты к груди. Согните запястья вправо, а затем влево.

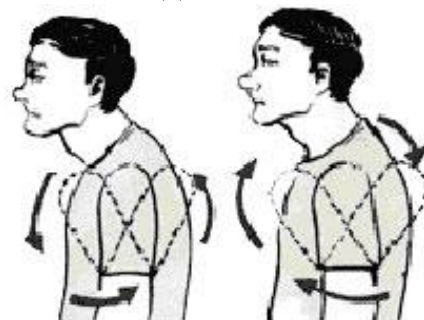




Упражнения для плеч

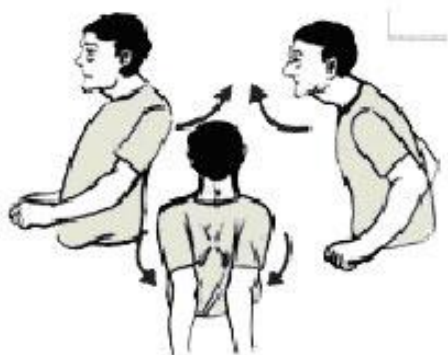


Пожмите плечами. При этом помните, что все движения должны быть плавными и медленными



Вращайте плечами вперед и назад

Медленно сведите и разводите лопатки



Упражнения для ноги.

Аккуратно выпрямите ногу в коленном суставе, начиная со здоровой ноги



Отведите ногу в сторону и затем верните ее в исходное положение.



Передвигайте ногу вперед, при этом следите, чтобы пятка не отрывалась от пола.



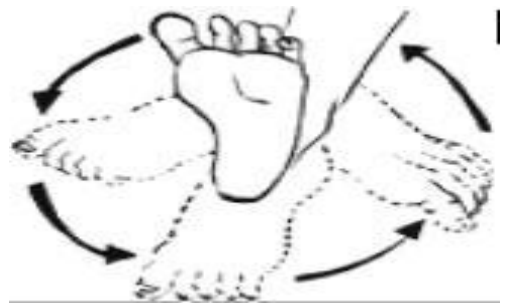
Положите ногу на ногу (больная сверху). Поднимайте стопу вверх и вниз.



В том же положении вращайте стопу по часовой стрелке и против.



Положите ногу на ногу (больная сверху). Поднимайте стопу вверх и вниз.



В том же положении вращайте стопу по часовой стрелке и против.

Комплекс упражнений, разработанный Татьяной Чекаловой

Упражнения для лучезапястного сустава кисти руки:

Барабаним пальцами по столу. Делаем пальцами «шпагат». Широко разводим пальцы и сводим их вместе. Поднимаем и опускаем каждый палец, затем ладонь. Держа здоровой рукой кисть больного, поднимаем и опускаем больную руку. Поставив локти на стол, пальцами достаем до ладони. Большим пальцем нажимаем по очереди на каждый палец той же руки. Щелчком отталкиваем от большого пальца каждый другой палец. «Фигушки». Сжимаем пальцы в кулак и разжимаем.

Упражнение с сопротивлением.

Сложив ладони, упираем по очереди пальцы друг в друга. Опираясь локтями рук на стол и соединив ладони вместе, сгибаем и разгибаем кисти на себя, от себя и в обе стороны. Держа ладони вместе, скользящим движением разводим локти в стороны по столу. Массируем каждую руку другой рукой от кончиков пальцев к локтю.

Катаем ладошкой скалку по столу. Крутим палку влево-вправо. Закручиваем пальцами поролон. Держа палку в руке, сгибаем и разгибаем лучезапястный сустав. Держа палку в двух вытянутых рядом руках, вращаем ее влево-вправо. Перебрасываем палку из одной руки в другую. Перебираем пальцами больной руки по палке. Катаем мяч от себя и на себя. Словно закручивая лампочку, вращаем пальцами мяч в одну и другую стороны. То же самое, но руки вытянуты. Перебрасываем мяч из одной руки в другую. Надавливаем ладонью на мяч сверху и ослабляем давление. С обеих сторон сжимаем мяч ладонями. Здоровой рукой бросаем мяч, а больной - подхватываем.

Упражнения для плечевого сустава.

«Окошечко»: положив больную руку поверх здоровой, образуем «раму» и делаем поворот, отводя «окошечко» влево-вправо. Руки в замке поднимаем и опускаем, затем совершаем ими круговые движения. Делаем, не размыкая рук, вращения плечами вперед-назад. Поднимаем руки в замке, разводим в стороны и опускаем.

Упражнения для ног.

Сидя на полу, сгибаем колени, скользя ступнями по полу на себя и от себя. Отводим прямую ногу в сторону. Поднимаем прямую ногу и кладем на

другую. Подтягиваем одно колено к груди, затем другое. Скользим стопой по голени другой. Лежа на животе, ногами опираемся на носки и отрываем колени от пола. Покачиваем, положив больную ногу на здоровую. Ползаем попластунски. Сидя на стуле, делаем перекат с пятки на носок и обратно. Разводим пятки, соединяя носки, и наоборот. Положив больную ногу на здоровую, вращаем голеностопным суставом.

Комплекс: «Пропеллер» и «Весы».

Возьмите в руку 2 грецких ореха и вращайте их пальцами по часовой стрелке и обратно. Вначале орехи будут падать, потом дело наладится. Согнутые в локтях руки держите перед лицом, сгибая поочередно пальцы. Затем последовательно их разгибайте. Ребром правой ладони начинайте «пилить» между пальцев левой руки, затем поменяйте руки. Такие «пропилы» нормализуют давление.

Согнутые в локтях руки держите перед собой так, чтобы кисть правой руки была напротив левой груди, а кисть левой руки - напротив правой. Делайте круговые движения кистями, будто наматывая нитку на клубок: правая кисть вращается вокруг левой руки, левая - вокруг правой. Имитируйте движение футболиста, вбрасывающего мяч из-за боковой (образец - на телеэкране). «Пропеллер»: наклонившись вперед, вытянутые в стороны руки вращайте вверх-вниз. «Весы»: поочередно поднимайте плечо к уху, другое - максимально вниз. (Упражнение можно делать перед зеркалом).

«Перетягивание каната».

Попеременно перебирая пальцами, медленно и напрягая все мышцы рук, ног, спины, подтягивайте воображаемый канат. «Стрельба из лука»: напрягая мышцы рук, ног, спины, максимально натягивайте «тетиву» и, «выпустив стрелу», расслабьтесь.

«Велосипед».

Лежа на спине, хорошо помогает при параличе. Держа руки перед грудью, а пальцы в замке, попробуйте вывернуть кисти наружу, затем потянитесь вверх. Передавайте теннисный мяч из одной вытянутой руки в другую, тоже держа руки за спиной как можно выше. Темп - максимальный.

Расслабив все мышцы, попробуйте изобразить походку пьяного «в стельку» мужчину, если можете, потанцуйте под музыку, посмейтесь (без напряжения). Затем расслабьтесь, потрясите поочередно каждой рукой и ногой, потом двумя руками, ногой и рукой одновременно. Чтобы не упасть, придерживайтесь за стул.

Китайская гимнастика для пожилых «Тай-Ди».

Это гимнастика хождения в ванной по холодной воде, обливание рук и ног холодной водой. Упражнение также в пении разных звуков и песен.

Гимнастика для лица:

В зависимости от того, действуют ли у больного обе руки или только одна, в выполнении упражнений можно будет использовать обе руки, только одну руку и выполнять на обе стороны поочередно.

При тренировке слабо действующей стороны тела количество повторов должно быть минимум в пять раз больше, чем здоровой. Упражнения можно выполнять как с зеркалом, так и без него. В выполнении некоторых упражнений зеркало мешает. Можно предположить, что это происходило оттого, что зеркало отчасти выполняет контролирующую функцию, а когда мышца не работает, оно как бы «закрепляет» неудачу. Поэтому с неработающей стороной тела лучше работать сначала без зеркала. Еще одно наблюдение. Если есть такая возможность, некоторые упражнения лучше выполнять в движении.

Общеукрепляющий комплекс для тренировки лица (упражнения помечены буквой О) и упражнения, позволяющие работать с асимметрией (они помечены буквой А).

Общий комплекс лучше выполнять ежедневно в одно и то же время (это нужно просто для того, чтобы дисциплинировать себя), а упражнения на асимметрию — когда угодно и сколько угодно.

Вообще, для устранения неполадок со здоровьем есть единственный секрет: верить в успех и неустанно трудиться для его осуществления.

Упражнение 1-О. Укрепление лба.

Положите ладонь здоровой руки на лоб (если у вас действуют обе руки, то любую руку) и поднимите брови, будто вы очень удивляетесь. Повторите 10 раз.

Упражнение 2-А. Подъем бровей.

Прижмите указательный и средний пальцы руки к внешнему краю одной брови. Подтяните пальцы в сторону волос, в это время опустите взгляд на кончик носа. При хорошей чувствительности пальцев можно почувствовать, как напрягается височная мышца. Затем расслабьтесь.

Упражнение нужно повторить 10 раз на одну сторону. Затем выполните его же для второй половины лица. Это упражнение укрепляет круговую мышцу глаза, помогает справляться с опущенными веками, а также позволяет тренироваться височной мышце. Если вы почувствовали, что одна сторона работает хуже, повторите упражнение для этой стороны еще 10 раз.

Упражнение 3-О.

Укрепление век. Широко откройте глаза (выпучите их) и посмотрите 2—3 секунды на любую точку перед собой (взгляд прямо перед собой). Затем расслабьтесь. Повторите упражнение 10 раз.

Упражнение 4-О.

Укрепление век. Закройте глаза, так, чтобы вы почувствовали, что ресницы «слиплись», затем тут же откройте глаза. Снова закройте их (не сильно, морщить глаза не нужно). Повторите 10 раз.

Упражнение 5-А.

Укрепление мышц век. Подмигните одним глазом, затем другим. Повторите не менее 10 раз. Если вы почувствовали, что одна сторона работает хуже, повторите упражнение для этой стороны еще 10 раз.

Упражнение 6-О.

Укрепление щек. Широко откройте рот и «закатите» губы на зубы, то есть не просто опустите губы, а именно натяните их на зубы с напряжением (здесь важно именно напряжение). Положите указательный и большой пальцы здоровой руки (если обе руки здоровые, то средние пальцы обеих рук) на носогубные складки. Сохраняя рот открытым и напряженным, максимально широко улыбнитесь уголками губ, так, чтобы почувствовать, как напрягаются ваши щеки. Повторите не менее 30 раз. Затем «застыньте» в самой напряженной позе еще на 30 секунд. Расслабьтесь.

Упражнение 7-А.

Разработка мышц щек. Улыбнитесь одним уголком рта, затем другим уголком. Повторите не менее 10 раз. Если вы почувствовали, что одна сторона лица работает хуже, повторите для этой стороны еще не менее 10 раз. Выполняйте это упражнение для парализованной стороны лица часто, в любое удобное время.

Упражнение 8-А.

Укрепление губ. Немного приоткройте рот, а затем медленно поднимите один угол рта в подобии кривой улыбки. Задержите мышцы в таком положении на несколько секунд. Расслабьтесь. Повторите то же для другой стороны рта. Делайте упражнение по 5 раз для каждой стороны. Если вы почувствовали, что половина рта работает хуже, повторите упражнение для этой стороны еще не менее 10 раз.

Запомните это упражнение, как и предыдущее, и для «непослушной» стороны повторяйте упражнение в любое свободное время до тех пор, пока она не начнет вас слушаться.

Упражнения похожи между собой, разница в том, что в упражнении 7 напрягается вся щека, а в упражнении 8 акцент делается на губы.

Упражнение 9-А.

Достижение симметрии губ и челюстей. Медленно перемещайте челюсть из одной стороны в другую, задерживая движение в крайних точках на 1—2 секунды, но сами движения делайте быстро, не останавливаясь. Повторите 10 раз. Если вы почувствовали, что одна сторона рта работает хуже, повторите упражнение для нее еще не менее 10 раз.

Упражнение 10-О.

Укрепление подбородка. Втяните губы глубоко внутрь рта, заверните их за зубы и придавите зубами. Подержите их в таком положении несколько секунд. Расслабьтесь. Повторите 10 раз.

Упражнение 11-О.

Укрепление подбородка и шеи. Напрягите мышцы шеи и держите их напряженными несколько секунд. Нижнюю челюсть выдвиньте вперед, затем медленно расслабьте мышцы. Повторите 10 раз.

Упражнение 12-О.

Улучшение овала лица. Напрягите мышцы лица и затылка так, чтобы ушные раковины оттянулись вверх и назад. Задерживайте каждое движение в

дальней точке на несколько секунд. Повторите 20 раз. Если у вас высокое давление, выполните упражнение 7—10 раз.

Один из **нетрадиционных методов лечения после инсультов и при гипертонической болезни** — это **массаж Делля**. Выполняется он следующим образом.

Руки. Снимите с себя все металлические предметы, вымойте руки теплой водой. Хорошо разотрите и разомните пальцы, ладони, запястья, предплечья. Потрясите кистями. Можно смазать руки яблочным уксусом, нутряным свиным жиром, оливковым или топленым маслом, но не кремом. Руки нужно растирать до тех пор, пока в них не появится ощущение тепла и тяжести. Затем переходите ко второму этапу.

Уши. Легкими движениями разотрите пальцами края ушных раковин, медленно продвигаясь сверху к мочке уха, так же медленно обратно и снова к мочке. Края уха должны потеплеть. После этого разотрите срединную часть ушной раковины, потом потяните мочки ушей вниз несколько раз, пока они не станут теплыми и красными. Сделайте «вилки» указательным и средним пальцами обеих рук и разотрите ими кожу за ушами и углубления под ними. Вставьте указательные пальцы в слуховой проход (в оба уха) и помассируйте его. Затем с силой надавите изнутри на козелок — бугорок перед ушной раковиной. Движение при этом делайте вверх и вперед одновременно. Отпустите и снова с усилием нажмите на козелок вверх и вперед. Повторяйте такую последовательность действий в течение 5 минут.

Это очень полезное упражнение для всех гипертоников, так как оно снижает артериальное давление, а у здоровых предупреждает гипертонию. Отдохнув, разотрите уши, потяните их в стороны, вверх, вниз, потеревите и снова разотрите. Когда они станут горячими, растирание прекратите.

Шея. Сжимая средние и большие пальцы, хорошо разомните мышцы, расположенные по обеим сторонам шейного отдела позвоночника. Массируйте, передвигая руки вверх и вниз, заднюю поверхность шеи до появления ощущения тепла. Затем «помните» шею ребрами обеих ладоней несколько раз. Далее сделайте массаж передней и боковых поверхностей шеи. «Вилкой» из большого и указательного пальцев поглаживайте шею спереди, захватывая справа и слева обе сонные артерии, в течение 2-3 минут поочередно то правой, то левой рукой только в одном направлении — сверху вниз. Осторожно погладьте щитовидную железу.

Если вы сидели, то встаньте и сомкните пальцы рук. Ребрами ладоней со стороны больших пальцев сильными движениями сверху вниз то правой, то левой ладонью массируйте основание шеи с двух сторон. После этого сделайте массаж шеи сзади попеременно то одной, то другой ладонью, как будто стряхивая с нее что-то.

Голова. Сядьте, закройте глаза, отрешитесь от всех забот и тревог. Расслабьтесь. Голову свободно свесьте на грудь. Не спеша, легко погладьте лицо ладонями, потом голову и шею. Постепенно усиливайте давление подушечками пальцев на кожу головы, прижимайте их к ней. Пальцы при этом

должны быть полусогнуты, раздвинуты. Затем круговыми движениями по часовой стрелке легко разотрите лоб, виски, затылок. Еще раз погладьте лицо. Пальцы обеих рук прижимайте ко лбу справа и слева там, где проходит граница волосяного покрова, и очень медленно продвигайте их к темени, к тому месту, где у детей находится родничок. При этом активно массируйте кожу, разминайте и двигайте ее во все стороны. Когда пальцы встретятся на «родничке», сильно прижмите подушечки всех пальцев к коже и активно двигайте ее вперед-назад 3-4 минуты, затем опустите руки, отдохните. Повторите прием. Завершите его выполнением поглаживания лба. Затем указательный, средний и большой палец сложите в щепоть, прижмите к вискам и подушечками массируйте их по часовой стрелке. Присоедините к щепоти остальные пальцы и с двух сторон продвигайтесь от висков к макушке. Кожу разминайте и двигайте, чтобы усилить кровообращение подкожных сосудов. Продвигайтесь медленно, как бы ощупывая каждый сантиметр кожи. Когда пальцы на макушке встретятся, хорошенько ее помассируйте. Опустите руки, отдохните. Прислушайтесь к своим ощущениям. Опустите голову к груди, подушечки чуть раздвинутых и полусогнутых пальцев прижмите к бокам затылочного бугра и начинайте массировать и двигаться снизу вверх, разминая кожу. Если попадутся какие-то неровности на коже, ввинчивающими движениями подушечек указательных или средних пальцев разомните их получше, и переходите к массажу затылка.

В том месте, где к голове прикрепляются мышцы шеи, есть две боковые симметричные впадины, а в центре, под затылочной костью, впадина побольше. Ее нужно хорошо промассировать средними пальцами, а боковые — большими и указательными. Делайте это одновременно обеими руками, с двух сторон. Затем легкими прикосновениями погладьте всю голову и лицо. Опустите руки, отдохните, погладьте их от кончиков пальцев до предплечий. Положите руки на колени, посидите тихо, расслабьтесь.

Спина. Приступать к массажу позвоночника необходимо стоя. Руки держите сзади в «замке». Косточками пальцев вначале круговыми движениями разотрите крестец до появления тепла. Затем, продвигая «замок» выше, продольными и поперечными движениями разминайте спину. Теперь можно расслабиться, потянуться, глубоко вздохнуть, выдохнуть. Сядьте на стул, погладьте ладонями лицо, лоб, шею, голову, плечи, помассируйте руки. Примите позу кучера: ноги согнуты в коленях, спина расслаблена, тело наклонено вперед, опора на согнутые в локтях руки, лежащие на коленях. Расслабленные кисти свисают между коленями. Голова опущена на грудь. Вдохните глубоко через нос и мысленно скажите: «Я верю в защитные силы своего организма». Затем сложите губы трубочкой, медленно выдохните и скажите себе: «Я успокаиваюсь, я успокаиваюсь, я успокаиваюсь».

Теперь можно прилечь и отдохнуть. Массаж необходимо делать два раза утром и вечером



Аудиовизуальная стимуляция (АВС) – это специальный метод психотерапевтической работы с пациентом, активно применяющийся в рамках программы реабилитации после инсульта. Суть методики заключается в создании для пациента индивидуального светозвукового пространства, структурированного в соответствии с задачами терапии. Для реализации данного пространства применяется импульсный светозвуковой терминал, наушники и очки со встроенными светодиодами.

Во время проведения АВС пациент пребывает в собственном психологическом пространстве, которое создаётся сочетанием мерцающего света и музыки. АВС полностью загружает слуховой и зрительный каналы восприятия, ориентируя пациента на собственные переживания и впечатления, а не на окружающий мир. Больному необходимо абсолютно расслабиться, позволить ритму пульсаций захватить своё воображение, увлечь себя.

Процедура АВС предназначена для усвоения пациентом терапевтических внушений. Сам факт пребывания больного в настолько необычной для него свето-звуковой среде настолько потрясает, что предварительно сформированная установка на редуцирование симптоматики существенно усиливается. В итоге мотивация пациента, направленная на устранение болезненных симптомов, подкреплённая доброжелательными и уверенными словами терапевта, становится действенным лечебным фактором.

Реабилитационная процедура.

Сначала терапевт проводит сеанс **рациональной психотерапии** – объясняет пациенту **психофизиологические принципы, по которым работает АВС.** После этого больному предлагается надеть наушники и очки, чтобы убедиться в том, что свет мерцает в точности так, как описывал врач, а очень реалистичные цветные картины, которые спонтанно возникают в поле зрения, соответствуют тому, что обсуждалось в беседе.

С течением времени пациент убеждается в том, что слова врача о приятных переживаниях и необычных впечатлениях, получаемых в ходе АВС, подтверждаются его личным опытом. Это становится причиной того, что он начинает верить в скорое исчезновение болезненных симптомов, также обещанное врачом. Именно это является залогом эффективности использования данной терапевтической установки.

С целью углублённого внушения такого рода полезных установок применяются специальные программы АВС, которые были созданы с преобладанием ритмов, относящихся к тета-диапазону. Данная программа применяется с целью обеспечения доступа к трансовому состоянию, в котором саногенные установки усваиваются лучше всего. Усилению **тета-активности** сопутствует появление сонливости, снижение мышечного напряжения,

подавление ярких образов. **Тета-состояние** сопровождается также появлением гипногических эффектов.

АВС в тета-диапазоне усиливает творческие способности пациента, снимает его эмоциональную заикленность, увеличивает выработку бета-эндорфинов и создаёт анальгетический эффект. Применение тета-диапазона идеально для не критического принятия внешних психотерапевтических установок, ввиду того, что его ритмы ослабляют действие защитных психических механизмов и позволяют трансформирующей информации глубоко проникнуть в подсознание.

Практикующие гипнотерапию врачи знают, какое количество времени уходит на погружение человека в гипнотический транс. Наличие прибора, предназначенного для проведения АВС, даёт возможность существенно сократить участие терапевта в процедуре. Врачу необходимо лишь воспользоваться наибольшей открытостью пациента к внушению, дав ему необходимые установки. Такая терапия является своеобразной методикой сенсорной депривации, что позволяет погружать в транс даже больных, которые мало восприимчивы к гипнозу.

Аппарат психоэмоциональной коррекции

Аппарат "АПЭК" предназначен для снятия усталости зрения, психоэмоциональной коррекции, снятия стрессовых состояний.

Действие аппарата основано на гармонизации работы полушарий головного мозга путем попеременного воздействия оптическим сигналом специальной формы.

Аппарат "АПЭК" представляет собой портативное устройство, состоящее из оптического терминала в форме очков с непрозрачной оправой и источниками света, установленными на внутренней (ближней к глазам) стороне оправы, и блока питания и управления. Питание аппарата - 4 элемента питания "АА".

Воздействие через глаза на полушария мозга осуществляется монохроматическим светом. Предусмотрена плавная регулировка силы света источников. Оптические терминалы выпускаются с источниками фиолетового, синего, зеленого, желтого, оранжевого и красного цвета свечения. Каждый цвет оптического спектра электромагнитных излучений оказывает определенное воздействие на психоэмоциональное состояние человека. Красный, оранжевый и желтый цвета оказывают возбуждающее действие, зеленый, голубой, синий и фиолетовый - седативное действие.

При **хромотерапии стрессов и психофизиологических расстройств**, назначая тот или иной цвет излучателей, необходимо учитывать не только психоэмоциональное состояние, но и сопутствующие заболевания пациентов.

Красный цвет. Пробуждает волю к жизни, оптимизм. Повышает физическую силу, артериальное давление, работоспособность, иммунитет. Оказывает лечебное действие при депрессии, ревматизм, вирусные инфекции,

миопия, астигматизм, косоглазие, дистрофия сетчатки. Противопоказания при гипертонии, острых воспалительных заболеваниях, гнев.

Оранжевый цвет. Вселяет уверенность в себе, оптимизм, повышает умственную работоспособность, улучшает память. Усиливает секреторную функцию эндокринных желез. Оказывает лечебное действие при диабете, анемии, бронхиальной астме, недостаточной функции щитовидной железы, астигматизме, дистрофии сетчатки. Противопоказания отсутствуют.

Желтый цвет. Создает веселое, радостное настроение, повышает жизненную силу, нормализует деятельность желудочно-кишечного тракта, печени, желудка. Оказывает лечебное действие при диабете, гепатите, анемии, экземе, заболеваниях кожи, дистрофии сетчатки. Противопоказания отсутствуют.

Зеленый цвет. Гармонизирует, успокаивает. Снижает артериальное давление, внутриглазное давление, частоту пульса и головные боли. Повышает иммунитет и способствует выведению токсинов. Оказывает лечебное действие при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, неврозах, бессоннице, мигрени, гепатите, глаукоме, дистрофии сетчатки. Противопоказания отсутствуют.

Голубой цвет. Цвет альтруизма и покоя. Снижает артериальное давление, головные боли и аппетит. Устраняет воспалительные процессы. Оказывает лечебное действие при воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, бронхов, переутомлении, остеохондрозе, экземе, гипертонии. Противопоказания при гипотонии, депрессии

Синий цвет. Повышает творческие способности, управляет гипофизом. Способствует нормализации всей эндокринной системы. Антисептик. Снижает воспалительные процессы и боли. Оказывает лечебное действие при воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, глаз, легких, остеохондрозе, диарее, катаракте, дальнозоркости. Противопоказания при гипотонии, депрессии.

Фиолетовый цвет. Способствует выработке эндорфинов, мелатонина, омолаживает, повышает иммунитет. Оказывает лечебное действие при нервных и психических расстройствах, головной боли, невралгии, хронических нарушениях мозгового кровообращения, ревматизме, катаракте. Противопоказания отсутствуют.

Белый цвет. Гармонизирует функции организма, повышает силу, энергию. Нормализует деятельность ЦНС, лечит алкогольную абстиненцию. Оказывает лечебное действие при амблиопии, спазме аккомодации. При длительном воздействии утомляет.

Лечебное действие сочетания цветов.

Белый и красный – повышает энергетический потенциал.

Синий и зеленый – лечит истерию, реактивное состояние, предотвращает эпилептический приступ

Зеленый и голубой – снимает напряжение, успокаивает нервную систему

Синий и белый – успокаивает, придает чувство свежести

Черный и синий – нормализует дыхание, снижает артериальное давление.

Сине-зеленый – и черный – нормализует артериальное давление, устраняет тахикардию, одышку

Желтый и зеленый – успокаивает нервную систему, применяется для лечения органов дыхания

Пурпурный – рекомендуется для лечения гипертонии, хронических и острых заболеваний дыхательных путей.

Применение аппарата "АПЭК" позволяет:

- преодолевать стрессовые реакции: страхи, негативные мысли, раздражение, усталость, бессонницу, депрессию;
- снижать усталость глаз и повышать функциональные возможности органов зрения;
- восстановить нормальную работу головного мозга, улучшить психоэмоциональное и физиологическое состояние человека;
- улучшить память, совершенствовать способности и интеллект;
- получить полноценный отдых в более короткие сроки;
- повысить эффективность действия других методов лечения;
- улучшить самочувствие и повысить работоспособность.

Аппарат полезен и здоровым, и больным при общей усталости и утомлении глаз, при стрессах, депрессиях, бессоннице, головных болях, неврозах, гипертонической болезни, НЦД, иммунодефиците, близорукости, дальнозоркости, глаукоме.

Длительность сеанса 5 минут, аппарат выключается автоматически. Для проведения сеанса необходима комфортная обстановка, желательно включить приятную тихую музыку, пациент при этом должен находиться в положении лежа или сидя.

Ежедневно можно проводить 3-5 сеансов лечения психофизиологических расстройств. Курс лечения должен длиться 10 дней.

Противопоказания:

Острые воспалительные заболевания глаз.

Острые тяжелые заболевания и травмы.

Эпилепсия.

Опухоли различной локализации.

Состояния после трансплантации тканей и органов.

Возраст до 5 лет.

Использование программно-аппаратных комплексов («Экватор», «Волна», «Комфорт») при реабилитации лиц, перенесших ургентные состояния

Использование программно-аппаратных комплексов НПО «Амалтея» (Санкт-Петербург) «Экватор», «Волна», «Комфорт» в реабилитационной работе проводится в формате **психофизиологических тренингов** и позволяет заложить основы для поддержания хорошего физического

здоровья, научиться формировать адаптивный тип взаимоотношений с внешней средой, повысить эффективность восстановления когнитивных и иных функций за счет развития сосредоточенности, умения найти требуемое равновесие между активным вниманием и спокойствием, научиться осознавать ответственность за свое собственное физическое и психическое здоровье.

В процессе тренинга вырабатываются глубоко закрепленные (на уровне памяти тела) навыки саморегуляции и самоконтроля. Приобретенные в ходе обучения навыки управления функциональными состояниями достаточно быстро автоматизируются, так как, получив опыт комфортного состояния, организм автоматически начинает воспроизводить его в повседневной жизни.

Психофизиологический тренинг осуществляется с помощью **биотренажеров «Экватор», «Волна» и «Комфорт».**

Функциональное биоуправление (ФБУ) - произвольное управление физиологическими процессами организма в нужном для оздоровительных и тренировочных целей направлении с помощью специализированных технических средств. Чтобы человек научился влиять на собственное функциональное состояние, ему необходимо получать текущую информацию о своем состоянии и результатах своих действий по его изменению. Суть принципа биологической обратной связи (БОС) как раз и заключается в возможности мониторинга тех или иных психофизиологических параметров, а технология ФБУ позволяет человеку в режиме реального времени на основе наблюдения за динамикой показателей, преобразованных в понятный для обучающегося вид - сигналы обратной связи, тренировать полезные с точки зрения физиологии навыки, обеспечивающие оптимальную работу организма.

Данные биокomпьютерные тренажеры реализуют разнообразные сигналы обратной связи в виде графиков, картинок, звуков или сюжета на экране монитора. Возможно создание индивидуальных наборов слайдов и музыкального сопровождения.

С целью повышения мотивации клиентов на выполнение тренировочных заданий, предусмотрено игровое биоуправление с мультипликацией и соревновательным эффектом, что превращает обучение в увлекательный процесс.

Биотренажер «Волна». Программа «Волна» направлена на обучение навыкам саморегуляции посредством диафрагмального типа дыхания, наиболее оптимального для организма как в условиях естественного функционирования и развития, так и в ситуациях повышенных стрессовых нагрузок. **Представляет уникальные возможности для специалистов, занимающихся вопросами здоровьесбережения. Может использоваться в качестве эффективного метода профилактики и коррекции психофизиологических и психоэмоциональных нарушений у детей и взрослых.**

Обучение диафрагмальному дыханию осуществляется с помощью технологии функционального биоуправления (ФБУ), основанного на принципе биологической обратной связи (БОС).

Биотренажер «Экватор». Программа «Экватор» обучает снятию напряжения посредством произвольного повышения периферической температуры. Направленная терморегуляция - один из самых простых и эффективных методов саморегуляции, используемый для контроля уровня стресса. Как **уникальный инструмент здоровьесбережения «Экватор»** рекомендуется в качестве **программы психологического сопровождения, а также метода профилактики и коррекции психофизиологических и психоэмоциональных нарушений у детей и взрослых.**

Программа реализуется с помощью технологии функционального биоуправления (ФБУ) на основе принципа биологической обратной связи (БОС).

Биотренажер «Комфорт». Программа «Комфорт» - универсальная полифункциональная методика коррекции и развития адаптационных возможностей человека на основе обучения навыкам саморегуляции по комплексу параметров. Может использоваться в качестве **программы индивидуального психологического сопровождения, а также метода коррекции психофизиологических, психоэмоциональных и логопедических нарушений у детей и взрослых.**

Обучение навыкам саморегуляции осуществляется с помощью технологии функционального биоуправления (ФБУ) на основе принципа биологической обратной связи (БОС).

Реализация программ направлена на решение таких задач как:

- оптимизация психофизиологического состояния;
- профилактика психосоматических заболеваний;
- нормализация психоэмоционального состояния;
- создание благоприятных условий для нервно-психического развития;
- улучшение кровоснабжения головного мозга;
- профилактика стрессовых нарушений;
- коррекция и реабилитация при постстрессовых нарушениях;
- подготовка к работе в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок.

нагрузок.

Каждый из вышеперечисленных биотренажеров включает: прибор для регистрации физиологического параметра (частоты сердечных сокращений, соотношения вдоха-выдоха, мышечного напряжения/расслабления, периферической температуры) и специальную компьютерную программу, обеспечивающую обучение. Получая информацию в реальном режиме времени, мозг ребенка может мгновенно оценить, какие именно телесные ощущения связаны с нужными изменениями и **обучается воспроизводить их не случайным образом, а произвольно.**

Приборы имеют малые размеры (за исключением ПАК «Комфорт») и могут быть удобно размещены в ладони. Удобное крепление датчиков позволяет проводить работу в групповом режиме.

Программы содержат режим игрового биоуправления с мультипликацией. Это значит, что если клиент выполняет поставленное задание, разворачивается мультипликационный сюжет. Кроме того, в большинство сюжетов может быть внесен небольшой соревновательный элемент, то есть для того, чтобы выиграть, необходимо выполнить задание тренинга.

В играх моделируется стрессовая ситуация, которую в процессе тренировки необходимо преодолевать, таким образом, метод позволяет научиться контролировать свои вегетативные реакции в ситуации психоэмоционального напряжения. Преодолевая кажущееся противоречие между психоэмоциональной нагрузкой и необходимостью сохранять состояние спокойствия, играющий учится сохранять резистентность к стрессирующей ситуации игры, в результате чего у него создается модель эффективного поведения, система навыков конструктивного разрешения стрессовых ситуаций, препятствующих развитию стрессиндуцированных состояний.

Работая с игровым тренажером, тренирующийся учится применять полученные знания и умения в тех конкретных ситуациях, с которыми ему сложнее всего справиться. Происходит выработка поведенческих стратегий, ведущих к адекватному поведению и адекватным реакциям организма в любой жизненной ситуации. Для этого проводится заключительная часть работы, в которой клиента обучают применять сформированный навык саморегуляции при актуализации воспоминаний об эмоционально значимых ситуациях. Это позволяет «связать» выработанный навык с реальными жизненными ситуациями и обеспечивает применение такого навыка в решении жизненных проблем.

Программно- аппаратные комплексы «Волна», «Экватор», «Комфорт» - это уникальные инструменты здоровьесбережения. Они могут использоваться в качестве программ психологического сопровождения, а также метода профилактики и коррекции психофизиологических и психоэмоциональных нарушений постинсультных больных⁸.

Противопоказания:

Абсолютные:

- запрет на работу с монитором компьютера;
- грубые нарушения интеллекта, не позволяющие понимать инструкции методиста.

Относительные:

- обострения хронических заболеваний кардиореспираторной системы,

⁸ Приложение 1.

- значительные нарушения сердечного ритма, не позволяющие получать адекватные сигналы обратной связи, что существенно усложняет работу методиста.

Ограничения. Работа по программам с людьми, имеющими заболевание бронхиальной астмы (а также при некоторых психических заболеваниях, характеризующихся резкими перепадами состояний), может спровоцировать приступ. Специалист, работающий с данной категорией, должен обладать определенными знаниями поведения в подобных ситуациях или осуществлять работу в присутствии медицинского работника. Несмотря на некоторые сложности в работе, эти заболевания не являются противопоказаниями к работе. Напротив, работа с ними приведет к улучшению состояния, тем не менее, это накладывает определенные ограничения на работу и предъявляет особые требования к уровню компетенции специалиста.

Эрготерапия- оккупационная терапия

Эрготерапия (в буквальном переводе — оккупационная терапия) — комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений. Повседневная деятельность включает в себя самообслуживание (уход за собой), трудовую деятельность, досуг и связанные с этим межличностные отношения.

Участие в повседневной деятельности позволяет человеку удовлетворять природные потребности, приобретать навыки и умения, необходимые для преодоления жизненных проблем, достигая чувства удовлетворенности и значимости, является важным компонентом в социальной адаптации человека.

Повседневная деятельность людей осуществляется в определенной социальной и культурной среде. Нарушение повседневной деятельности может повлиять на способность человека исполнять социальные обязанности. Термин «занятость» (occupation) в контексте эрготерапии характеризует различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл. **Занятость в эрготерапии принято подразделять на повседневную активность, работу и продуктивную деятельность, досуг.**

Повседневная активность	Работа и продуктивная деятельность	Досуг
личная гигиена одевание прием пищи прием медикаментов функциональное общение мобильность удовлетворение сексуальных потребностей	домашние обязанности забота о других людях получение образования работа (оплачиваемая или волонтерская)	отдых игра хобби

В ходе проведения эрготерапевтических мероприятий необходимо придерживаться следующих **принципов**:

1. Представление об индивидуальной повседневной деятельности пациента должно складываться на основании тщательной оценки факторов, включающих в себя индивидуальные особенности пациента, его социальную и окружающую среду. Необходимо составить представление о возможном потенциале больного к развитию и совершенствованию.

2. Пациент активно вовлекается в процесс эрготерапии. Взаимоотношения между пациентом и эрготерапевтом носят характер сотрудничества, изменяющегося при изменении условий существования больного в его социально значимом окружении, а не в лечебном учреждении, и связаны с повседневной деятельностью.

3. Повседневная деятельность используется в качестве терапии. Эрготерапевтические занятия позволяют развивать способности и навыки пациентов, которые могут быть использованы в повседневной жизни. Они позволяют пациентам адаптироваться к окружающей обстановке.

Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность. Эрготерапия включает в себя знания нескольких специальностей - психологии, педагогики, социологии, биомеханики, лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии. Кроме оценки двигательной функции в интересы эрготерапевта входит оценка когнитивных функций, критичности пациента к своему состоянию, социального статуса, профессиональной ориентации, любимых занятий, возможных способов коммуникации с окружающими. При этом специалист по эрготерапии должен уметь оценить имеющийся и потенциальный уровень возможностей пациента, сопоставляя его с тем, что нужно пациенту, что важно пациенту, чего хочет пациент и на что он способен. Обязательным условием эффективности эрготерапии в отличие от кинезотерапии является осознание больным его проблемы в момент начала проведения терапии.

Основные стратегии восстановления возможностей больного

Развивающая стратегия — восстановление пострадавшей функции. Проведение мероприятий по возможному восстановлению функции верхней конечности: плеча, предплечья и особенно кисти, являющейся неизменным участником социально значимых мероприятий по уходу за собой, питанию и др. пациента с травматической болезнью спинного мозга.

Компенсаторная стратегия — замещение утраченной функции. При невозможности восстановления функции кисти необходимо подобрать ортезы или устройства ассистивной терапии, позволяющие облегчить выполнение утраченной функции: специальные по конструкции вилки, ложки, кружки, дверные ручки, приспособления для одевания в виде крючков на длинных ручках и т. д. Компенсаторная стратегия используется только в тех случаях, когда восстановление утраченной функции невозможно даже частично.

Для выполнения эрготерапевтических упражнений необходимо создание реальных условий, в которых пациент в своей повседневной жизни будет выполнять эти движения (один в комнате, маленькое тесное пространство, все необходимые предметы находятся в разных конца комнаты, на разных уровнях

высоты и глубины полок, приходится контролировать несколько действий одновременно и т. д.)

Восстановление после инсульта обязательно должно включать в себя эрготерапию. Она особенно важна при сенсомоторных нарушениях верхних конечностей. Тренировка движений, мелкой моторики, координации, в случае необходимости прекращение использования здоровой руки являются основными методами эрготерапии, в которых центральную роль играет тренировка тонко-моторных движений. К примеру, человек рукой проводит по различным поверхностям или объектам, или движения выполняются отдельным суставом. Затем пациент должен описать свои ощущения. Целью упражнений является улучшение чувственного восприятия и достижение самостоятельности при выполнении движений.

При реабилитации важную роль играет выработка повседневных навыков, например, личная гигиена, одевание одежды, прием пищи, процессы передвижения. Помимо основных функций следует восстановить комплексные функции, такие как, приготовление еды, ведение домашнего хозяйства, способности писать рукой или печатать.

Большое внимание при восстановлении больных после инсульта уделяется подбору и разработке приспособлений, упрощающих пациенту повседневную жизнь (кресло-каталка, кровать на роликах), дополнительные поручни в ванной комнате, специальные устройства, помогающие больному вставать из ванны, одеваться, а также разделочные доски, утолщенные рукоятки и т.п. помогают вернуть пациенту чувство уверенности в себе и самостоятельности.

Для оценки эффективности мероприятий используются **шкалы оценки уровня функционирования:**

- измеряющие возможность полного телесного самообслуживания и пользования предметами обихода;
- измеряющие локально те функции, расстройство которых приводит к нарушению жизнедеятельности;
- совмещающие измерение повседневной активности и ролевых ограничений.

В своей работе эрготерапевт активно привлекает к выполнению заданий как самого пациента, так и его родственников.

Бытовая реадaptация и трудотерапия

Трудотерапия в контексте эрготерапии это в первую очередь восстановление возможности вернуться к труду.

Почти все авторы, писавшие о трудотерапии, указывают на ее благотворное влияние на психоэмоциональную сферу, в частности «мобилизацию воли», «улучшение настроения», возникновение «психической предпосылки, необходимой для восстановления трудоспособности», «подавление чувства неполноценности», «удовлетворение творчеством», «радость труда» и т. д.

Однако трезвый взгляд на психо-эмоциональное сопровождение новой формы трудовой деятельности инвалида крайне важен и еще раз доказывает необходимость **эрготерапевтического этапа** в формировании предпочтений по направлению будущей профессии. Вряд ли, скажем, бывшего летчика, получившего травму шейного отдела спинного мозга, приведет в восторг плетение корзин, моряка — сколачивание ящиков, а балерину — вязание шарфов

Дело здесь не в «мобилизации воли», «улучшении настроения», «возникновении психологических предпосылок», а в уяснении целесообразной необходимости этих трудовых процессов в общем контексте восстановительного лечения. С другой стороны, не следует недооценивать негативные стороны неправильно проведенного процесса профессиональной ориентации и подготовки к новой профессии: некачественная, грубо исполненная работа воспринимается больным как результат его физической неполноценности и может отрицательно сказаться на его активном отношении к восстановительному лечению, требующему больших физических и волевых нагрузок.

Очевидно, нельзя относить к трудотерапии и занятость трудом, направленную на отвлечение больного от больничной обстановки, мыслей о болезни и на заполнение времени, свободного от процедур, хотя занятия трудом принято рассматривать как одно из направлений трудотерапии.

На современном этапе широкое распространение получили направления эрготерапии связанные с адаптацией к выполнению бытовых функций. В **специально оборудованных кабинетах** пациент тренируется выполнять навыки по гигиеническим процедурам (ванны, туалеты) с анализом возникающих проблем и их многократным преодолением; по приготовлению себе пищи и связанными с питанием процессами на оборудованных для инвалида кухнях. Популярно направление ландшафтной терапии и обучение вождению автомобиля. На особом месте стоит обучение пользованию компьютером как в целях коммуникации, так и целях организации жизнедеятельности: заказ товаров, оплата счетов, выполнение работы, связанной с работой на компьютере и т. д.⁹.

Модель жилого помещения для социально-бытовой адаптации

Модель должна предусматривать оптимальное жилое помещение, приближенное к реальному, которое содержит жизненно важные «блоки», и в котором постинсультный больной, инвалид с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

В перечень функций по самообслуживанию как виду деятельности должно быть включено:

- выполнение санитарно-гигиенических навыков;

⁹ Иванова Г.Е., Цыкунов М.Б., Поляев Б.А., Романовская Е.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой и др. - М., 2010. С. 560-

- осуществление приготовления и приема пищи,
- хозяйственно-бытовой труд (мытьё посуды, уборка квартиры),
- самостоятельное одевание – раздевание, укладывание в постель.

Адаптированное жилое помещение должно включать приспособления **фиксированные (стационарные)** и приспособления **индивидуальные (нестационарные)**. При этом необходимо учитывать два самостоятельных подхода: **модификация**, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования, **оснащение этих помещений** специальными (нестационарными) **индивидуальными** вспомогательными устройствами для **облегчения самообслуживания**.

К оборудованию и оснащению должны предъявлять требования двух категорий.

Медицинские требования: точное соответствие изделия (оборудования) типу дефекта совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией поврежденного органа (конечности) функциональность реабилитационных изделий предупреждение (избежание) возможных осложнений здоровья в ходе пользования вспомогательными устройствами ограничение эргономических усилий.

Технические требования: безопасность пользования, надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие, простота конструкции, обеспечивающая доступность для пользователя, компактность функционирующего изделия.

В соответствии с видами жизнедеятельности инвалида модель жилого помещения может быть представлена несколькими блоками:

- санитарно-гигиеническим;
- кухонно-бытовым;
- спально-гостиничным.

Санитарно-гигиенический блок включает два помещения: ванная комната и туалет. Каждое из этих помещений должно быть модифицировано, т.е. отличаться от первоначального с учетом потребностей инвалидов.

Модификация ванной комнаты заключается в том, что она оборудуется горизонтальным поручнем на стороне, противоположной установленной ванны, пристенным откидным сидением, противоскользящим напольным ковриком, фигурным поручнем на стороне ванны, облегчающем самостоятельный подъем после мытья. Ванна должна иметь подставку для самостоятельного помещения (погружения) в ванну. Необходимо оснащение ванны специальным сидением, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным надонным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна должна быть оборудована гибким душевым шлангом, имеющим разновысокие штативы, что позволяет инвалиду самостоятельно использовать эти возможности при мытье, принятии душа. Желательно оборудование ванны вертикальным поручнем для принятия душа, оснащение ее стулом для душа. Умывальник должен регулироваться по высоте для пользования инвалиду на кресло-коляске.

Необходимо, чтобы умывальник имел специальное рычажное управление кранами, электрополотенце, устройство для автоматической подачи зубной пасты, жидкого мыла, зубную щетку, расческу – с удлиненной ручкой. Ванная комната должна быть оснащена специальными (с удлиненной ручкой) мочалкой, расческой, зубной щеткой. Желательно оборудовать настенную электробритву, действие которой основано на фотоэлементе.

Модификация туалета заключается в специальном его приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресло-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхних конечностей. С этой целью туалет должен быть оборудован настенными горизонтальными поручнями, иметь напольное противоскользящее покрытие (коврик). Унитаз должен быть огражден вертикальными и горизонтальными поручнями, облегчающими подъем и обеспечивающими безопасность инвалида при пользовании унитазом. Унитаз должен быть оборудован удобным, доступным инвалиду рычажным (кнопочным) устройством для спуска воды (слива), должен иметь регулируемое по высоте сидение, держатель туалетной бумаги.

Кухонно-бытовой блок включает два помещения: кухню и столовую.

Модификация кухни как помещения для приготовления пищи заключается в том, что она оборудуется стационарными устройствами, приспособленными для самообслуживания инвалида с физическими дефектами верхних конечностей. К стационарному оборудованию кухонно-бытового блока относятся: плита, столы: кухонный, обеденный, мойка, шкафы: напольный, навесной. Плита – электрическая (как наиболее безопасная) должна быть оборудована рычажными, легко управляемыми вентилями. Кухонный стол должен иметь регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресло-коляске, либо в специальном рабочем кресле (стуле). Кухонный стол необходимо оборудовать специальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательными ложками для правой и левой руки. Должны быть предусмотрены также приспособления для открывания банок, бутылок, набор держателей для кастрюли, чайника, сковородки. Шкафы (напольный, навесной) необходимо оборудовать удобными широко захватными ручками – рычагами с неглубокими полками и вместе с тем имеющими большую площадь для свободного размещения кухонной утвари: сковородок, кастрюль, тарелок, кружек. Мойка должна быть оборудована удобными рычажными кранами, оснащена щетками (на присосках) для мытья посуды, приспособлениями для чистки овощей. Стол обеденный, модифицированный для инвалидов на кресло-коляске, необходимо оснастить специальной посудой: тарелки глубокие с утяжеленным дном, кружки с двумя ручками, изогнутыми ручками, вилки, ножи, ложки (для левой и правой руки) с длинными ручками, подставки для яиц на присосках.

Спально-гостиничный блок включает в себя прихожую, гостиную и спальню. Модификация прихожей должна предусматривать адаптированную дверную ручку, специальное приспособление для поворота дверного ключа,

вешалку для одежды (на высоте, доступной инвалиду в кресло-коляске). Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, доставания их с полки.

Модификация спальни-гостиной предусматривает функциональную кровать с противопрележневым матрасом, которая должна быть оснащена модифицированным надкроватным столиком, горизонтальным и вертикальным поручнями для самостоятельного вставания в постели, подъемником для перемещения в кресло-коляску. В гостиной должен быть предусмотрен набор приспособлений для открывания –закрывания штор, форточек (фрамуг), держатель телефонной трубки. Важным фактором в жизнедеятельности инвалида является возможность самостоятельного одевания. В связи с этим, в модели жилого помещения должны быть предусмотрены приспособления для одевания чулок, обуви, для застегивания молний, пуговиц.

Предлагаемая модель предусматривает возможность обучения постинсультных больных, инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата пользованию модифицированным оборудованием, т.е. специально приспособленным к различным типам анатомического дефекта и нарушенных функций костно-мышечной системы. Вместе с тем, необходимо иметь в виду, что инвалиды с данной патологией часто пользуются обычной бытовой техникой и оборудованием и потому нуждаются в переобучении, т.е. в социально-бытовом обучении с помощью специалиста на специально оборудованном учебно-тренировочном стенде.

Оборудование учебно-тренировочного стенда

Цель создания **учебно-тренировочного стенда** состоит в том, чтобы инвалиды, имеющие дефекты функций верхних конечностей, могли бы **восстановить движения в суставах кисти**. При этом необходимо иметь в виду, что кисть человека может выполнять наиболее распространенные движения, так называемые типы «захватов». Среди них такие, как цилиндрический, крючковой, шаровой, щипцовый. В каждом из этих типов захвата свой приоритет участия в движении мышц кисти. При использовании всех типов захвата получается суммарный эффект восстановления движений в суставах кисти, который позвонил инвалиду выполнять необходимые действия: повернуть кран, ввернуть электрическую лампочку, набрать номер телефона, закрыть самостоятельно замок и т.д., т.е. стать адаптированным социально-бытовом отношении. Известно, что чаще всего инвалиду приходится пользоваться обыденным оборудованием в домашних условиях, доступным потому, что оно уже существует, установлено в квартире еще до наступления инвалидности. Это оборудование, вместе с тем, становится недоступным, т.к. нормальные физиологические функции кистей рук нарушены. **Цель занятий на учебно-тренировочном стенде** состоит в том, чтобы без специальных вспомогательных устройств инвалид мог **адаптироваться к повседневному бытовому оборудованию** путем приспособления поврежденных кистей на основе обучения и тренировки.

С целью **восстановления функции руки** для выполнения цилиндрического захвата на стенде следует расположить, например, мясорубку, телефонный аппарат (трубка), дверную ручку рычагового типа.

Для **тренировки щипцового захвата** можно использовать такие предметы, как вентили газовой (электрической) плиты, шпингалеты различных конструкций, накладной замок, защелку на кошельке, вилка электрическая при вставлянии в розетку, цепочка дверная и др.

Необходима также **тренировка мелкой моторики**, которая нередко бывает нарушенной в силу разных причин. Этой цели может служить диск телефонного аппарата, мелкие шпингалеты, кнопочные мебельные ручки, дверная цепочка, ключ от всячего замка, электровыключатели, всевозможные вентили, шнурование, ремешок к часам и др.

С учетом этой цели – цели обучения и тренировки – учебно-тренировочный стенд должен содержать предметы (оборудование) социально-бытового назначения. Для восстановления функции крючкового захвата кисти руки необходимо разместить на стенде такие предметы, как **дверные ручки в виде скобы** различных модификаций (с тонкой и утолщенной рукояткой). С целью тренировки функции руки для выполнения шарового захвата необходимо расположение на стенде **шаровидных дверных ручек, электрической лампочки** и других округлых предметов (**водопроводные краны**). Для того, чтобы оснастить жилое помещение, адаптированное для инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, потребуется разработка табеля его оснащения соответствующим оборудованием.¹⁰

Выработке навыков бытового самообслуживания придается в практике реабилитации большое значение, так как, освоив их, больные больше не зависят от посторонней помощи и могут активно приспосабливаться к различным жизненным ситуациям. Активность в повседневной жизни включает в себя способность самостоятельного пользования ванной, туалетом, приборами для бритья, еды, автомашиной и т. д. Различают следующие **виды активности**:

1) **в кровати** – изменение положения лежа на боку, животе, спине и переход в сидячее положение, в положении сидя – доставание предметов с прикроватного столика, из тумбочки;

2) **в кресле—каталке** – перемещение с него на кровать, стул;

3) **самообслуживание** – при осуществлении туалета, еды, одевании;

4) **манипуляции** – пользование телефоном, звонком, часами, книгой, газетой, кранами, ключом;

5) **при ходьбе** – открывание, проход и закрывание двери, выход из квартиры, ходьба с грузом и т. д.

10

http://aupam.narod.ru/pages/sozial/metodicheskie_rekomendacii_po_tekhnologii_socialjnobihtovoy_j_adaptacii_invalidov/oglavlenie.html

б) **перемещения** – по лестнице, в автомашине, такси, городском транспорте, по улице.

Для эффективности восстановления вследствие нарушений мозгового кровообращения рекомендуется **3-этапное обучение в комнате бытовой реадaptации:**

I этап – обучение на стенде;

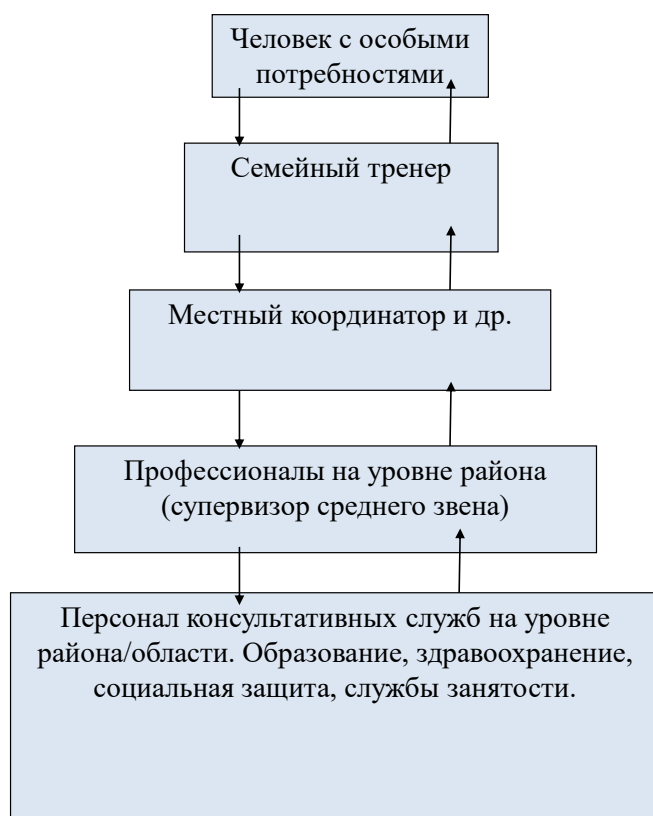
II этап – обучение пользованием бытовыми приборами – электроплитой, газовой плитой, утюгом, но без подачи электроэнергии, газа, воды;

III этап – работа в реальных условиях на дому под контролем методиста или родственников.

Бытовая реадaptация и трудотерапия способствуют повышению уровня активности, являются хорошей основой для последующего выбора новой профессии, профессионального переобучения и трудоустройства.

Возможности применения методов реабилитации по технологиям MOVE, CBR

Подход к предоставлению услуг в рамках CBR может быть описан как «ориентированный на потребности». Основная работа проводится на уровне местных сообществ с консультативными службами в качестве дополнений. Этот подход основан на опыте многих стран, где население было вовлечено в реабилитацию и, местные сообщества принимают на себя ответственность за предоставление услуг людям с особыми потребностями на своем уровне. Подход CBR основан на положительных результатах «спонтанной технологии» и многих других проектов развития, которые основаны на изучении опыта предоставления услуг людям с особыми потребностями, накопленным местным населением. В отличие от большей части технологии CBR, системы предоставления услуг могут быть унифицированы.



Практическая организация подобной системы должна основываться на местных условиях, существующих и предполагаемых общественных службах, наличии персонала, и опыте, накопленном в ходе реализации других программ.

«Тренер», член семьи предоставляет услуги начального уровня. Тренер получает указания от работника УСО – координатора. Координатор также отвечает за связь с другими специалистами, участвующими в реабилитации, а также за работу с местными властями и лицами, предоставляющими услуги, тренировку способностей и занятость людей с особыми потребностями.

Координатора обучает и проводит супервизию его работы профессионал: супервизор среднего звена (ССЗ), которому оказывают поддержку консультанты различного профиля. Учебная программа для координаторов может соответствовать плану, описанному в Руководстве¹¹.

Программа СБР «Обучение в обществе для людей с умственными и физическими ограничениями»¹²

Основные положения программы СБР.

СБР - community based rehabilitation, – программа реабилитации, предоставления равных прав и возможностей, уменьшения бедности и социальной исключенности людей с инвалидностью.

СБР – это стратегия улучшения качества жизни людей-инвалидов, через изменение работы различных служб помощи людям-инвалидам, для того чтобы

¹¹ Руководство для координаторов. Руководство для супервизоров.

¹² Презентационные материалы Самариной Л.В.- ведущего тренера, Гуровой Е.В. - ведущего эксперта Национального Фонда защиты детей от жестокого обращения.

максимально удовлетворить их потребности, обеспечить им равные со всеми возможности и защитить их права.

Главные цели СБР:

- Обеспечить понимание того, что люди-инвалиды являются способными (dis able) взаимодействовать с обществом;
- Максимизировать физические и умственные способности людей-инвалидов;
- Предоставить людям-инвалидам доступ к регулярным услугам, в которых они нуждаются;
- Дать им возможность стать активными «вкладчиками» в местное сообщество и общество в целом;
- Через изменения в местном сообществе активизировать все общество, чтобы продвигать и защищать права людей-инвалидов, например, удаляя барьеры к их участию в общественной жизни, чтобы они могли *максимально участвовать в жизни общества.*

Стратегия программы СБР - развитие альтернативной системы реабилитации силами местного сообщества. Программа проводится силами людей, живущих и работающих **рядом** с человеком с ОВЗ, в том месте, где он живет, учится и работает.

В стране недостаточно ресурсов, чтобы каждому нуждающемуся в реабилитации человеку оказывать только специализированную помощь, поэтому большая роль в процессе реабилитации предлагается местному сообществу. Реабилитации в процессе повседневной способствуют семья, как ближайшее сообщество, соседи (могут много и бесплатно помочь, например: полозья на лестнице, замок для хранения коляски, доски через трубы, прогулка, и т.д.), медицинская сестра, продавцы ближайшего магазина или торговой палатки, таксист, живущий рядом, библиотекарь и другие люди, в окружении которых есть человек с ограниченными возможностями здоровья. Любой человек общества должен уметь оказать помощь в повседневной жизни (это – тоже реабилитация), кроме того, участие членов сообщества необходимо в оценке программы, и влиянии на решения местных властей.

Программа СБР проста, элементарна, доступна любому. Она экономична по сравнению со специализированной помощью (большой охват, не нужны узкие профессионалы, применяет простые и эффективные технологии, использует силы семьи и сообщества).

Программа СБР обеспечивает качественную помощь, поскольку использует специализированные службы для получения информации.

Основные понятия программы СБР.

Сегодня реабилитация имеет несколько направлений: медицинская, психологическая, социально-трудовая, бытовая, социальная, которые работают каждая по своей программе. В СБР базовая система реабилитации помогает организовать повседневную жизнь людей с нарушениями здоровья.

Программа СБР использует термин «функциональная реабилитация».

Социальная/функциональная (ре)абилитация – это:

абилитация – комплекс услуг, направленный на формирование новых функциональных способностей, усиление имеющихся и противодействие развитию зависимости;

реабилитация – это процесс, нацеленный на то, чтобы дать людям с инвалидностью возможность достигнуть и сохранять оптимальный, функциональный уровень физического, сенсорного, интеллектуального и социально-эмоционального развития, обеспечивая их, таким образом, инструментами для достижения в их жизни более высокого уровня независимости, т.е это восстановление имевшихся в прошлом функциональных способностей, утраченных по различным причинам, усиление имеющихся и противодействие развитию зависимости.¹³

Таким образом, цель функциональной реабилитации – не вылечить человека, а способствовать тому, чтобы его жизнь стала *максимально нормальной*, чтобы он мог жить *максимально независимо* от постоянной помощи окружающих.

В соответствии с МКФ (Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья) СВР рассматривает нарушения структуры тела или его функции и социальную перспективу в жизни человека (возможность ограничений в жизнедеятельности), т.е. определяет функциональные ограничения или ограничения жизнедеятельности:

Ограничения в сфере передвижений:

- поддержание и смена позы;
- движения, необходимые для самообслуживания;
- передвижение по квартире, подъезду, улице и пр.

Ограничения в сфере коммуникации:

- инициирование общения;
- получение и понимание сообщений;
- подготовка ответных сообщений;
- возможность передать ответное сообщение (альтернативные средства коммуникации).

Ограничения в сфере познания:

- получение, запоминание и переработка информации (каналы получения информации, способы запоминания, возможность самостоятельного приобретения знаний и т.д.).

Ограничения в повседневной жизни:

- еда, приобретение и приготовление пищи, личная гигиена;
- одевание и раздевание, стирка и глаженье одежды;
- поддержание порядка в квартире.

Ограничения во взаимодействии, общественной и профессиональной жизни:

- отсутствие других людей, с которыми можно общаться;

¹³ Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности. Параграф 23. Генеральная ассамблея ООН. 20 декабря 1993 год

- препятствия для посещения детского сада, школы, других общественных учреждений;
- препятствия для профессиональной деятельности.

Целью социальной/функциональной реабилитации является профилактика возникновения у человека ограничений жизнедеятельности, минимизация и преодоление имеющихся у него ограничений: в повседневной жизни, в возможности выполнять ведущий для каждого возраста вид деятельности, в общественной жизни.

Помощь осуществляется по следующим направлениям:

1. Нормализация жизни – это максимально возможное развитие способностей и функциональных навыков во всех сферах жизнедеятельности:

- личность, мотивация;
- развитие функциональной компетентности: коммуникация, познание;
- мобильность;
- самообслуживание/повседневная активность;
- социальное взаимодействие;
- специальные умения: читать, считать, писать;
- осведомленность;
- творческие способности;
- прочее.

2. Приспособление окружающей среды к потребностям человека с нарушениями здоровья:

- приспособленность дома, учебного заведения, общественных зданий, транспорта, улиц и пр.;
- использование технических средств реабилитации;
- использование специальных и подручных средств, улучшающих качество функционирования;
- приспособления, такие как пандусы, широкие проемы, ручки, ограничители;
- специальная посуда, нескользящие коврики, и т.д.

3. Обучение, изменение окружающих людей/поддержка:

- изменение отношения к человеку с нарушением;
- изменение представлений о процессе реабилитации;
- изменение роли: каждый член местного сообщества может быть активным участником процесса реабилитации;

В СБР используют понятие «включенное» общество, которое означает, что скорее общество изменит себя, свои структуры и процедуры, чем будет ожидать изменений от людей с инвалидностью.

Системообразующее понятие СБР -«нормализация».

Нормализация – это система действий, обеспечивающих максимально нормальные условия жизни для человека с нарушениями.

Нормализация не означает, что люди с нарушениями становятся обычными людьми, это означает, что окружение таких людей становится нормальным и тем самым становится нормальной жизнь людей с нарушениями.

Непременными условиями для эффективности процесса нормализации являются:

- возможность самостоятельно изменять что-то;
- выражать собственное желание;
- право знать, что собираются сделать.

Существует три области нормализации(27):

Жизнь: возможность определять:

- где жить (в родительском доме, взрослый – в собственном доме);
- с кем жить (с родителями, взрослый – выбирает сам);
- иметь достаточное качество жизни (экономические стандарты, доступ к здравоохранению, к образованию, к общественной жизни и пр.);
- осуществлять полноценную повседневную жизнь (уход за собой и за домом, возможность выхода из дома, посещения магазинов и пр.);
- иметь возможность самостоятельного развития и получения образования.

Работа (занятость): возможность получить профессию, работать, получать доход, приносить пользу обществу, возможность иметь две жизненные области: дом и работу (занятость ребенка – это детский сад).

Свободное время – возможность иметь свободное время и распоряжаться им по собственному желанию, иметь увлечения, развлекаться и пр.

Выделяют 4 уровня нормализации.

1. Физическая нормализация (функционирование организма).

Показателями физической нормализации являются:

- полноценная еда;
- регулярный стул;
- суточные ритмы (сон, бодрствование и пр.);
- вертикализация тела;
- регулярная смена поз во время бодрствования и сна;
- отсутствие пролежней, контрактур;
- достаточное количество движений;
- чистое тело, чистая одежда, чистый воздух и пр.

2. Функциональная нормализация.

Для решения вопросов функциональной нормализации важно знать, как реализуются показатели физической нормализации. То есть, как человек с ОВЗ спит (позы и их смена), как кушает, как сидит, как играет, как ходит в туалет (стульчик или держат на руках), как передвигается, как происходит смена занятий, имеется ли отдых.

3. Социальная нормализация.

Нормализация третьего уровня говорит о том, имеется ли возможность развиваться, получать образование, общаться с другими людьми, посещать общественные места, усваивать общественные нормы поведения, иметь

жизненный цикл, как у всех (недельный, годовой, жизненный), имеет ли свободное время.

4. Общественная нормализация.

Этот уровень нормализации говорит о наличии активной жизненной позиции, возможности активно и осознанно участвовать в общественной жизни.

Реализация принципа нормализации обеспечивает функциональную независимость и самостоятельность людей с ограничениями жизнедеятельности.

Основной принцип построения социальной реабилитации – использование для обучения *естественной среды*.

Практика показывает, что эффективным способом реабилитации людей с тяжелыми нарушениями является обучение в естественной среде, там, где человек проводит большую часть своего времени, силами людей, которые осуществляют за ними уход, в ежедневных рутинных делах. Этой средой является домашняя среда, а основной учитель – член семьи, который больше всего времени проводит с больным.

Условия, при которых потерянный навык формируется:

- функциональная востребованность;
- постепенность;
- регулярность тренировок;
- любовь, терпение, постоянство в жизни человека, который «обучает» его новым навыкам;
- использование повседневных рутинных дел.

Успешность такого обучения связана с тем, что все умения и навыки, которые приобретает человек с нарушениями здоровья, нужны ему в повседневной жизни, используются (тренируются) регулярно и многократно, осваиваются постепенно, при этом «учитель» имеет время, терпение и сильное желание помочь.

Характеристика РУТИН:

-это часть повседневной жизни;

-они функциональны и значимы для повседневной жизни;

-это общепринятая, типичная деятельность (например: заправка постели);

-выполняются регулярно, часто повторяются.

Навыки, которые тренируются в естественных рутинных делах:

-имеют определенную последовательность в выполнении, одинаково выполняются;

-имеют начало и окончание;

-имеют ожидаемый результат;

-предсказуемы по времени, месту, технике проведения;

-заучиваются, становятся механическими.

Эти навыки могут быть однозначными (жест «дай-дай») и составными (помыться, одеться, раздеться...).

Реализация в практике:

- на основе домашних визитов;
- идентификация навыка, необходимого для повседневной жизни и обозначенного для развития или улучшения;
- обозначение всех рутин, в которых данный навык используется (чтобы обеспечить его развитие во всех возможных деятельности);
- обсуждение с членами семьи того, как в ежедневных рутин можно улучшить необходимый навык;

Например: Навык «самостоятельное сидение»:

- функционально необходим для еды, занятий, коммуникации;
- регулярно может быть тренирован дома в повседневной жизни;
- постепенность обеспечивается внимательным «учителем», который

всегда рядом;

- необходим для развития других навыков:

- ✓ «Самостоятельная еда»;
- ✓ «Стояние»;
- ✓ «Использование жестов для коммуникации»;
- ✓ «Туалетные навыки»;
- ✓ «Самостоятельные занятия»;
- ✓ «Раздевание и одевание»;

Особенность подхода:

1. Множественность областей, которые развиваются в одной рутине или одном действии (двигательная, коммуникативная и т.д.).

2. Наличие естественной мотивации у человека с нарушениями, который участвует в интересных и значащих, функционально необходимых для него действиях.

3. Облегченность оценки, так как домашний тренер и больной участвуют в оценке, просто демонстрируя их обычную жизнь и взаимодействие.

4. Уменьшение необходимости в объяснении членам семьи способов обучения.

В функциональной реабилитации нет нормативов времени и других. Все идет постепенно, индивидуально по мере научения.

Первостепенной задачей в организации реабилитационного процесса силами членов семьи в естественной домашней среде является обучение членов семьи быть тренерами для больного родственника.

Решение этой задачи возможно через организацию **домашних визитов в семью** компетентных специалистов, роль которых:

- исследование образа жизни человека с ОВЗ и его потребностей в развитии и обучении навыкам повседневной жизни, оценка различных сторон жизни человека с ОВЗ и семьи, влияющие на их жизнь
- определение совместно с семьей направления помощи, ее цели и задачи. Обсуждение с членами семьи возможных путей «обучения», навыков, требующих восстановления, «пошаговой программы восстановления», определение, какие Обучающие пакеты, и в какой последовательности их

необходимо использовать в процессе визитов, определение, в каких дополнительных услугах нуждается человек и члены его семьи для достижения поставленных целей и задач, оформление Программы помощи и реабилитации.

- проведение занятий с парой «домашний тренер-человек с ОВЗ» для обучения членов семьи тренерским навыкам;
- поддержка членов семьи, развитие их компетентности;

Конечная цель программы CBR состоит в том, чтобы люди с функциональными ограничениями:

- могли жить дома;
- могли функционировать в повседневной жизни;
- могли получать образование;
- работать и зарабатывать;
- были включены в систему социальных отношений и активно в ней участвовали;
- были счастливыми и независимыми.

Таким образом, реабилитация с использованием технологии CBR предполагает домашние визиты специалистов УСО, обученных работе по технологии CBR, с целью обучить членов семьи навыкам домашнего тренера. Т.е. специалист-координатор **обучает семью навыкам использования домашних рутины для восстановления и реабилитации людей с нарушениями, в т.ч. постинсультных больных.** Координатор помогает сделать домашнюю среду **безбарьерной, обучающей, реабилитационной.** Координатор подбирает **Обучающие пакеты**¹⁴, помогающие правильно восстанавливать потерянные функциональные навыки. Данная технология позволяет сделать процесс восстановления и реабилитации непрерывным, дает возможность самому постинсультному больному реализовывать свою программу реабилитации, создавать вспомогательные средства реабилитации. Более подробно технология описана в методическом пособии «Служба домашнего визитирования. Региональная модель. Организационно-методические рекомендации по реализации региональной «Программы активного включения детей-инвалидов и их семей в социальную жизнь по месту жительства в целях улучшения качества и профилактики инвалидного стиля жизни» для специалистов учреждений социального обслуживания /И.И. Чигарова. – Казань: Веда, 2010.- 153с.

MOVE – это программа, которая базируется на активности, и использует сочетание знаний о реабилитации, лечении и семье для того, чтобы обучать детей и взрослых с серьезными ограничениями способностей навыкам сидения, стояния, ходьбы и перемещения, с целью роста их возможностей.

¹⁴ Руководство для членов семьи ребенка с ограничениями.
Руководство для людей с ограничениями жизнедеятельности.
Обучающие пакеты.

MOVE – это программа, основанная на активности по принципу «Сверху-вниз», обучающая людей с ограниченными способностями основным моторным навыкам, необходимым во взрослой жизни.

MOVE – это командный подход, объединяющий реабилитацию с ежедневным уходом. В основе программы анализ и выбор видов деятельности для достижения и повышения независимости клиента.

Программа MOVE позволяет:

- дать возможность клиенту и лицам, осуществляющим уход, определить свои цели;
- создать основу для командной работы;
- дать возможность практиковать навыки в течение обычного распорядка дня;
- улучшить физическое состояние и уровень здоровья;
- создать эффективную систему записи результатов;
- интегрировать навыки обучения, реабилитации, терапии и ухода;
- снизить затраты времени и сил на ежедневную рутину;
- создать возможности для непрерывного анализа.

Программа MOVE предлагает пошаговый подход к анализу и оценке способностей клиента и идентификации обучаемым навыкам путем измерения и снижения степени поддержки.

Полезные последствия использования MOVE:

- движение и способность нести весовую нагрузку своего тела чрезвычайно полезны для здоровья кардиоваскулярной, мышечной и скелетной систем, внутренних органов;
- пространственной ориентации, осознанию своего тела, умению общаться и делать выбор невозможно научить без хотя бы некоторого контроля своего тела;
- в возможности выбирать заложены огромные социальные и реабилитационные преимущества;
- положительный эффект для функциональной мобильности влияет на общую познавательную способность и обучаемость, социальную и образовательную вовлеченность;
- освоение и сохранение функциональных навыков независимости гарантирует расширение жизненного поля и оказывает положительный эффект на качество жизни, как клиента, так и его семьи;
- обучение навыкам в комплексном подходе позволяет команде и семье работать вместе ради внедрения целей MOVE в обычную жизнь клиента;
- и, как следствие, повышение способности команды обеспечить физическое развитие для детей и взрослых со сложными физическими потребностями.

Модель «Сверху-вниз» сначала отбирает конкретную цель, важную для клиента. Команда тщательно расставляет приоритеты навыков, которым она учит.

- Существующие навыки клиента улучшаются путем выбора следующего навыка из Оценочного профиля контрольных моторных точек и точного определения степени поддержки, необходимой клиенту для освоения этого навыка.
- Для совершенствования моторных навыков необходим выбор активности. Самый лучший выбор – это деятельность, в которой наиболее заинтересован клиент и его семья, которая будет свободно практиковаться. Сравнение целей и предварительных оценок скорости обучения позволяет выбирать важные навыки для функциональной деятельности.
- В программе MOVE используются учебные (или обучающие) поддержки. Замещающие поддержки предназначены для восполнения отсутствующих навыков без ожидания их улучшения. Использование обучающих поддержек программы MOVE помогает клиенту научиться функциональному навыку, а не просто помещает его в нужное положение.

Замещающие поддержки	Обучающие поддержки
Замещают недостающие навыки	Обучают навыкам
Используются постоянно	Используются временно
Не всегда связаны с доступом к образованию/окружающей среде	Облегчают доступ к образованию/окружающей среде
Побуждают к статичности	Побуждают к движению

Цель поддержек – дать клиенту ровно такой объем помощи, который нужен ему для выполнения задачи. Слишком много поддержек и помощи может означать, что клиент не имеет возможности практиковать новый навык. И, наоборот, недостаточная поддержка может усложнить задачу так, что клиент не сможет ее выполнить. Ключом является уровень «Едва Выполнимой сложности» (доступный, но не с легкостью), чтобы клиент обучался новому навыку и практиковал его в полной мере. Объем помощи снижается по мере того, как клиент становится сильнее и независимее.

Команда MOVE

- Врач-валеолог;
- Специалист по социальной работе – координатор Службы домашнего визитирования;
- Психолог;
- Инструктор ЛФК;
- Медицинская сестра.

Командный подход в системе MOVE через постоянный обмен информацией и обсуждение наиболее частых трудностей помогает решать

проблемы недостатка опыта совместной работы, укоренившихся предубеждений, непонимания профессиональной терминологии и пр. Обучение навыкам в комплексном подходе позволяет команде и семье работать вместе ради внедрения целей MOVE в обычную жизнь клиента и, как следствие, повышение способности команды (учреждения) обеспечить физическое развитие для детей и взрослых со сложными физическими потребностями¹⁵. Реализация программы MOVE возможна только специалистами, прошедшими специализированный курс обучения.

2.2. Особенности социально-психологической работы с людьми, перенесшими инсульт

У большинства больных с последствиями инсульта в той или иной мере наблюдается нарушение психологической и социальной адаптации, чему способствуют такие факторы, как выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, потеря социального статуса.

Социально-психологическая реабилитация в данном случае – это воздействие на психическую сферу человека, на преодоление в его сознании представления о бесполезности реабилитации, на выработку таких качеств пациента и его окружения, которые способствовали бы максимальному приспособлению к социальной среде в условиях нарушенного здоровья. Постинсультные больные нуждаются в теплом психологическом климате, созданию которого во многом должны способствовать разъяснительные беседы, проводимые с родными и близкими психологом. Социальная работа психолога, не только поддерживает выздоравливающего человека, но и служит целям обучения и адаптации.

Основные условия эффективности реабилитации больных после инсульта:

- Раннее начало реабилитационных мероприятий, которые проводятся с первых дней инсульта (если позволяет общее состояние больного), что поможет быстрее восстанавливать нарушенные функции, предотвратить развитие вторичных осложнений.
- Активное участие больного и членов его семей в реабилитационном процессе.
- Активное участие в реабилитации самого пациента, вовлечение в реабилитационный процесс его близких и родных.

Социально-психологическая реабилитация постинсультных больных включает следующие **направления:**

1. Психологическая, нейропсихологическая и патопсихологическая диагностика;
2. Психологическая коррекция;
3. Психотерапевтические программы;
4. Психологическое консультирование: индивидуальное и семейное;

¹⁵Руководство для тренеров по программе MOVE. Переводные материалы Rehab and Medical

5. Коррекция речевых нарушений;
6. Профилактика постинсультных осложнений и повторного инсульта.

2.2.1. Психологическая, нейропсихологическая и патопсихологическая диагностика

Под **патопсихологическими исследованиями** (экспериментами) в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры в целях моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и «отношений личности» (Б.В.Зейгарник). **Основные методы патопсихологической диагностики** при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности:

- Расстройства внимания: таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга;
- Расстройства памяти: тест десяти слов, пиктограмма;
- Расстройства восприятия: сенсорная возбудимость пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана. Расстройства мышления: тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма, тест дискриминации свойств понятий;
- Расстройства эмоций: тест Спилбергера, метод цветowych выборов Люшера и цветовой тест отношений;
- Расстройства интеллекта: тест Равена, тест Векслера;
- Оценка эмоционального состояния – методика HADS;
- ЛОБИ;
- Методика «Шкала семейного окружения»;
- Гиссенский личностный опросник;
- Методика Э. Хайма для исследования копинг-поведения;
- Опросник оценки степени самообслуживания больного – индекс Бартела.

Возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований — типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств.

Выбор конкретных методов и способов патопсихологической диагностики в клинической психологии базируется на выявлении кардинальных психопатологических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности.

Нейропсихологическая батарея¹⁶

Речь. Исследуются: фонематический слух, фонематический анализ, номинативная функция речи, понимание простых команд и флективных отношений, автоматизированная речь, монологическая речь.

¹⁶ Приложение 2

БЛОК 1. Конструктивный праксис: выявление элементов конструктивной апраксии.

БЛОК 2. Динамический праксис: выявление элементов кинетической апраксии, исследование степени сохранности сопряженных движений.

БЛОК 3. Оральный праксис: исследование нарушений орального праксиса и динамического орального праксиса.

БЛОК 4. Ориентировка в пространстве: нарушение пространственно-топографической ориентировки (в картах, схемах).

БЛОК 5. Схема тела: нарушения ориентировки в правом-левом, различные варианты соматоагнозии (пальцевая агнозия, аутопатоагнозия позы).

БЛОК 6. Зрительный гнозис: выявление зрительных гностических нарушений.

БЛОК 7. Письмо: выявление элементов аграфии.

БЛОК 8. Чтение: выявление различных вариантов алексии

БЛОК 9. Счет: выявление различных вариантов акалькулии.

БЛОК 10. Зрительная память: исследование объема зрительной памяти с помощью использования пробы Рейтейлора.

БЛОК 11. Слухоречевая память: исследование объема слухоречевой памяти в условиях двойной интерференции.

БЛОК 12. Модально-неспецифическая память: исследование объема модально-неспецифической памяти в условиях двойной интерференции.

БЛОК 13. Тактильный гнозис: выявление элементов дерматолексии.

БЛОК 14. Мышление: исследование способности больного правильно передать смысл происходящего события по сюжетной картинке, правильно обозначил отдельные объекты на картинке и их детали, установить связи между ними, объединить происходящее на картинке в единый сюжет.

Опросник SF-36¹⁷.

2.2.2 Психологическая коррекция и реабилитация

Особенности индивидуальной работы с постинсультными больными

Особенность индивидуальной работы состоит в том, что она ведется с каждым клиентом в отдельности. При таком методе работы нет необходимости в формировании групп, а, следовательно, исчезают связанные с этим трудности. Данный метод работы следует применять в случае невозможности или нежелания больного участвовать в группе. Индивидуальная работа осуществляется посредством домашнего визитирования. Либо в стационарах с клиентами, лишенными возможности самостоятельно передвигаться.

Следует помнить, что при индивидуальной работе складываются иные, чем при групповой, отношения. При личном, непосредственном контакте большее значение приобретают личностные качества специалиста.

¹⁷ Приложение 3

Для эффективной работы с людьми, перенесшими состояние инсульта, психолог или социальный работник должен обладать такими личностными качествами как:

- доброжелательность и способность к сопереживанию (при этом необходимо учесть, что нужно проявлять сочувствие, но не стоит проявлять жалость – она снимает с опекаемого ответственность за происходящее с ним);
- честность и порядочность;
- терпимость и самообладание.

Это следует помнить при установлении контакта для индивидуальной работы. При работе без терапевтической группы, отношения приобретают менее формальный характер. Для установления такого контакта необходимо знать и учитывать особенности эмоциональных переживаний больных инсультом, психологические особенности возраста и связанные с ним проблемы.

В процессе работы происходит **психологическая коррекция** следующих нарушений **высших психических функций**:

- когнитивных нарушений (снижение памяти, интеллекта, концентрации внимания);
- эмоционально-волевых расстройств,
- праксиса (нарушение выполнения сложных двигательных актов при отсутствии парезов, нарушений чувствительности и координации движений);
- счета (акалькулия);
- гнозиса, чаще пространственного (дезориентация в пространстве).

Объектом психокоррекционного воздействия психолога являются и **реактивноличностные наслоения** (снижение самооценки, потеря веры в выздоровление), особенно выраженные у больных с тяжелыми дефектами двигательных, сенсорных и других функций.

Психологическую работу рационально разделить на три этапа, последовательно сменяющих друг друга, и дополняющих оказываемую неврологами и другими специалистами помощь постинсультным больным. При этом **начало психологической работы наступает с того момента, когда больной становится доступен продуктивному контакту.**

Первый этап включает в себя клиническую беседу и наблюдение. В первичном контакте основные усилия психолога направляются на создание доверительных, поддерживающих отношений. Кроме того, исследуется информация о переживаниях, связанных с началом заболевания и субъективно выделенных больными возможных причинах заболевания. Проясняются данные об отношении к болезни, своему состоянию, профессиональным и жизненным перспективам, отношениях с членами семьи и др.

На втором этапе проводится первичная психодиагностика, включающая личностно-ориентированную диагностику (направленную в основном на исследование преморбидных особенности личности), и симптом-ориентированную, (включающую исследование реакции личности на болезнь,

нейро-психологическую диагностику проявлений, непосредственно связанных с очагами органической патологии, а также выявляющую сопутствующие болезни психопатологические нарушения). На основе полученных данных составляется программа психологической коррекции, дополняющая комплексную терапию, с выделением основных мишеней психокоррекционного воздействия.

В целом, по наблюдениям психологов, работающих с постинсультными больными, для повышения эффективности медицинской и социальной реабилитации и последующей социальной адаптации человека, перенесшего инсульт, наиболее важны: стабильность актуального психоэмоционального состояния; адекватное отношение к себе, болезни, здоровью, лечению. Учет этих факторов помогает достигнуть позиции сотрудничества, принятия личной ответственности за выполнение рекомендаций и назначений врача, повысить уровень мотивации в восстановлении состояния собственного здоровья.

Продолжение психокоррекционной работы с больными **на третьем этапе** должно быть направлено на: восстановление и поддержание интеллектуально-мнестических способностей и возможностей, когнитивных функций, стабилизацию эмоционального фона, включающее снижение уровня тревоги, депрессии, беспокойства, проработку страхов; активацию внутренних ресурсов; коррекцию иррациональных установок по отношению к себе, болезни, здоровью, лечению; выработку навыка планирования, построение жизненной перспективы.

На раннем периоде комплексной реабилитации больных, перенесших инсульт, важно опираться на следующие **основные принципы психологической коррекции**:

1. **Мультидисциплинарность.** В терапии таких больных обязательно должен использоваться комплексный подход. Фокус работы целесообразно направить на тесное взаимодействие бригады специалистов, включающего: врача-невропатолога, кинезотерапевта, физиотерапевта, клинического психолога, психотерапевта, психиатра, афазиолога (логопеда), нейропсихолога, терапевта и других специалистов.

2. **Многоосевое воздействие.**

1-ая ось включает: психофизиологический, когнитивный, поведенческо-социальный, аффективный уровни воздействия.

При воздействии по 2-ой оси учитываются различные уровни взаимодействия постинсультных больных и окружающей его среды:

- а) «больной-специалисты»;
- б) «больной – родственники», друзья и т.п.;
- в) «специалисты-родственники»;
- г) «больной-окружающее пространство».

3. **Целостность.** Обеспечивается комплексным воздействием на тело, чувства, мысли, поведение.

4. **Индивидуальность подхода** к отдельному человеку. Основной акцент психокоррекционной работы при этом ориентирован не столько на болезненные проявления, сколько на болеющего человека.

5. **Учет ограничений**, возникающих в постинсультном периоде: утомляемость, состояние когнитивных процессов, нарушенные психические и телесные функции, уровень сознания, локализацию и глубину поражения, возраст.

6. **Опора на сохранные функции.**

7. **Комбинированный подход** в использовании психокоррекционных техник.

8. **Этапность.** Постановка цели и задач каждого этапа реабилитации.

В работе с постинсультными пациентами можно использовать следующие методы психокоррекционного воздействия:

- **клиническая беседа**, включающая установление доверительного контакта с учетом индивидуальности каждого из больных; внимательный и заинтересованный расспрос больных, оказание поддержки; информирование; внушение надежды на позитивный исход болезни.

- **коррекционные занятия** по восстановлению когнитивных нарушений (снижение памяти, интеллекта, концентрации внимания), эмоционально-волевых расстройств, праксиса (нарушение выполнения сложных двигательных актов при отсутствии парезов, нарушений чувствительности и координации движений); счета (акалькулия); гнозиса, чаще пространственного (дезориентация в пространстве) и/или поддержанию сохранных функций;

- **музыкотерапия**, включающая как подбор специальных музыкальных произведений, так и использование любимых ранее больными мелодий. На начальных этапах коррекции применяется спокойная по темпу музыка (обычно вторая часть классических произведений), на последних встречах – музыка сильная, энергичная, стимулирующая, воодушевляющая, динамичная, несущая позитивный настрой.

- **когнитивно-поведенческая терапия** - это сочетание когнитивного и поведенческого подхода. Эта терапия сосредоточена на настоящем моменте, то есть психолог не будет искать причины психологического дискомфорта в прошлом, а просто поможет понять, что в настоящем способствует его поддержанию и научит, как это изменить в будущем. Акцент на научении пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активизацию ресурсов личности и ее окружения. Моделирование поведения - метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, которые не хотели бы именоваться "пациентами". Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами. Кроме того, многие приемы КПТ представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде. **КПТ относится к краткосрочным методам психотерапии.** Она интегрирует когнитивные,

поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когнитивных и поведенческих факторов на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин "когнитивный" используется потому, что нарушения эмоций и поведения нередко зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В "когнитивный" входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Психолог, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями.

- **аутогенная тренировка** - активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание. Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической модели - пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по Шульцу):

1) **низшая ступень** - обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания;

2) **высшая ступень** - аутогенная медитация - создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень, аутогенной тренировки, составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз:

1) **положение сидя**, «поза кучера» - тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены;

2) **положение лежа** - тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз;

3) **положение полулежа** - тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

- **Эриксоновский гипноз** (стационарно). При применении этой суггестивной техники, используются терапевтические трансы, направленные на использование внутренних ресурсов, и техника «вставленных сообщений» в бодрствующем состоянии. Эриксоновская терапия в стационаре также включала обучение больных навыкам самогипноза. С самого начала

суггестивного воздействия акцент направляется на гармонизацию, восстановление функций, доверие, спокойствие, надежду, ясность, определенность, контроль, позитивность, воодушевление, уверенность, улучшение, принятие, силу. В трансы включаются воспоминания о движениях, ощущениях, эмоциях. В эриксоновской терапии больных, перенесших инсульт, весьма важными будут суггестии, направленные на воспоминание об успешном обучении новым навыкам (тематические трансы на обучение). Применение данного метода способствует активации внутренних резервов психики, снятию напряжения, релаксации. На следующих этапах реабилитации суггестивное воздействие направляется на активизацию адаптационных возможностей. В гипнотических трансах акцент делается на развитие гибкости, умение приспособиться, уверенность, энергию и силу, позитивный настрой, обращение к собственному опыту в преодолении проблем.

Включение в комплексную терапию методов психологической коррекции в острый и ранний восстановительный период после инсульта существенно повышает эффективность общего лечебного воздействия.¹⁸

Психологическое консультирование: индивидуальное и семейное

Задачи индивидуальной работы с постинсультными больными:

- Повышение общего фона настроения;
- Повышение самооценки;
- Осознание больным своих чувств и возможностей, изучение и коррекция неадекватных установок больных по отношению к болезни и к лечению;
- формирование позитивной внутренней картины болезни;
- Формирование навыков преодоления недугов, принятие ответственности на себя, преодоление сопротивления;

Применение классических схем психотерапии и семейного консультирования у данного контингента больных затруднено из-за тяжелого соматического состояния, обусловленного, прежде всего, нарушением мозгового кровообращения, а также наличием сопутствующих заболеваний. Предлагаемая система индивидуального и семейного консультирования, в общем, носит эклектический характер и включает техники динамической, когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии в семейном, супружеском и индивидуальном вариантах¹⁹.

На основании анализа литературы и эмпирических исследований были выбраны определенные техники психологического вмешательства, которые

¹⁸ М.Н. Гордеев, Е.Н. Тимошенко, В.И. Есаулов, С.В. Покровская. Принципы и тактика психологической коррекции психоэмоционального состояния у больных, перенесших инсульт, в системе комплексной восстановительной терапии на стационарном этапе // Современные клинические проблемы в неврологии и психоневрологии: Сб. — Ставрополь, 2007, с. 199-202.

¹⁹ Е.М.Янковская. Психотерапия и классическое семейное (консультирование) в семьях постинсультных больных. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

сложились в методику комплексного применения индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования.

Методика индивидуального психотерапевтического консультирования.

До начала проведения семейного консультирования в семьях больных, перенесших инсульт и параллельно с ним, проводятся индивидуальные консультации, как с самими пациентами, так и с их родственниками.

Индивидуальное консультирование носит системный эклектический характер и соединяет в себе специально отобранные для решения психотерапевтических задач техники когнитивно-поведенческой, рациональной и гештальт-психотерапии.

I этап – «Контрактный» включает в себя 1–2 сессии по 60 мин. Задачами первого этапа является установление контакта и заключение **психотерапевтического контракта**, в котором распределяется индивидуальная ответственность сторон и формулируются определенные задачи, сроки лечения. Этот этап позволяет идентифицировать проблемы, выделить и укрупнить мишени психотерапевтического процесса, а также наиболее точно подобрать методики и приемы работы с пациентом.

II этап – «Реконструктивный». Так как одной из основных проблем пациентов и их родственников, столкнувшихся с инсультом, является ограниченная информация (или ее отсутствие) о болезни и лечебных перспективах, то в психотерапевтической работе большое место отводится **«психообразованию»**. Именно эта поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предусматривает наиболее полное информирование о причинах, последствиях и лечебных перспективах инсульта.

Также задачами второго этапа являются: осознание пациентом своих проблем, связанных с болезнью и семейным функционированием, выявление неадаптивных способов coping, их вербализация и замена на более адаптивные способы совладания со стрессовой ситуацией.

Это наиболее емкий этап психотерапевтического процесса, он может длиться 8–12 часов при частоте встреч 2 раза в неделю и проходит в дальнейшем параллельно семейной работе. Для разрешения этой ситуации применяются **следующие техники**:

- **разъяснение** (для достижения осознания проблем и когнитивных нарушений);
- **убеждение, переориентация** (изменение отношения к правилам регуляции поведения, замена их новыми, более гибкими правилами, достижение качественных когниций);
- **психобразование** (создание лечебных перспектив, переориентация не только в лечебном, но и в социальном плане);
- **экспериментальный метод** (оценка последовательности внешних событий и реакций на них, выявление психотравмирующих событий), объединяющий в себе различные игровые приемы и методы погружения пациента в значимые ситуации по принципу «здесь и сейчас».

Для этого как больным, так и их родственникам предлагается оценить и вербализировать свое эмоциональное состояние в настоящий момент, опираясь на **АВС-теорию эмоций**²⁰. Т. е. предлагается соотнести свой актуальный опыт (инсульт) со своими убеждениями и их эмоциональными последствиями. Затем они составляют примерный план проведения реабилитационных мероприятий и поведения в зависимости от степени информированности в отношении болезни и лечебных перспектив на основе озвученного материала. После того, как план составлен, начинается его проработка по пунктам для выявления иррациональных представлений и стратегий поведения.

Параллельно с прорабатыванием очередного пункта плана, психолог дает наиболее полную информацию по предъявленному вопросу, после чего на основании полученных данных, вносятся корректировки. Это происходит путем дискуссии иррациональных убеждений, поиском адекватных, последовательных, логичных рациональных паттернов поведения. На этом фоне отслеживается изменение эмоционального восприятия ситуации. Дискуссия затрагивает эмоциональный, когнитивный и поведенческий уровни.

Такой порядок работы дает возможность проработать проблемы информированности каждого и уменьшить тревожное ожидание неясных перспектив.

После корректировки плана дальнейшего поведения, с целью максимально быстрого преодоления последствий инсульта, используются различные научающие методики для выработки практических навыков адекватного поведения. На занятиях корректируются лечебные перспективы по мере освоения пациентами новых паттернов мышления, ими письменно составляются **«поведенческие шаблоны»**, эффективность которых прорабатывается на психотерапевтических сеансах путем погружения в значимую ситуацию. При возникновении трудностей в выполнении письменных заданий больными, перенесшими инсульт (наличие парезов), записи производит психолог под диктовку.

На протяжении психотерапевтического процесса корректируется отношение постинсультных больных и их родственников к самому факту мозговой катастрофы. Ими составляются таблицы отношения к данному стрессовому событию и в дальнейшем происходит последовательное уменьшение значимости этого события, что приводит к смене полярности некоторых пунктов, указанных в таблице или нивелированию их значимости.

В ходе работы с постинсультными пациентами их родственниками все практические действия и обсуждения имеют для них яркую эмоциональную окраску. Поэтому работа с эмоциями носит обязательный характер. Это

²⁰ Модель АВС (иногда — «А-В-С») возникновения [психических расстройств](#) утверждает, что дисфункциональные эмоции, обозначаемые буквой «С» («следствия», [англ. consequences](#)), возникают не под влиянием «активирующих событий» (иногда — «активаторы» буква «А», [англ. activating events](#)), а под влиянием иррациональных верований (иногда — «убеждения», буква «В», [англ. beliefs](#)), формулируемых в форме абсолютистских требований или «долженствований» ([англ. demands](#)). Ключом к позитивным изменениям в модели считается обнаружение, анализ и активное *оспаривание* иррациональных верований (соответствует этапу «D» в расширенной модели ABCDE — [англ. disputation](#)) с последующим закреплением результатов («E», [англ. end result](#)). Для этого клиентов обучают замечать и различать дисфункциональные эмоции и искать их когнитивные причины

происходит с помощью техник **гештальт-терапии**: «горячий стул», «выражение недовольства», «работа с полярностями».

Все эти техники имеют свою специфику, т. к. применяются у постинсультных больных. Они, вначале, ограничивают вопросы, задаваемые на «горячем стуле», рамками перенесенного инсульта (или отношением к нему) и только, когда пациент сможет откровенно отвечать на данные вопросы, не давая выраженной соматической реакции (резкое повышение АД, ЧСС, боли в сердце), можно переходить к более личным вопросам, затрагивающим другие области межличностных отношений (с супругом, детьми, сексуальные отношения).

В семьях постинсультных больных резко ограничено проявление гнева, недовольства. В таких семьях, практически все, в большей или меньшей степени, испытывают чувство вины по поводу произошедшего, трансформировавшееся, вероятно, из чувства недовольства.

Таким образом, терапевтическое консультирование обязательно должно захватывать работу с этими эмоциями. Например, пациентам предлагается записать все ситуации, по поводу которых они испытывают чувство вины, а затем заменить «чувство вины» на «злость», а затем озвучить написанное с проявлением соответствующих эмоций. Научиться осознавать, принимать и отреагировать свои эмоции является задачей этой техники.

Еще одна методика, применяемая у данного контингента, – это **«работа с полярностями»**. Ее задача - научить пациента разбираться в сложившейся ситуации и видеть каждый эпизод своей жизни с двух сторон. В любом отрицательном событии есть нечто положительное, необходимо лишь это увидеть. Сравнивая положительное и отрицательное, используя диалог с собою с различных точек зрения, можно взглянуть на свои чувства, страхи и недовольства под разным углом зрения. Это, в свою очередь, дает варианты выбора тактики поведения в любой, даже в самой критической ситуации. Найти эти варианты – цель техники.

III этап «Поддерживающий» продолжается при необходимости (параллельно с семейными встречами с психологом) 2–3 месяца при одной 60-минутной сессии 1 раз в 2–3 неделю.

Этот этап носит поддерживающий характер и ставит своей целью **закрепление достижения адаптивных способов копинга пациентом**, способствующих успешному психосоциальному и семейному функционированию.

В качестве домашних заданий можно использовать применение на практике навыков общения и эмоционального реагирования, обсуждения друг с другом планов реабилитации, составления на основе этого дневников практических занятий и планов по расширению социальных контактов. В эти дневники и планы вносятся не только мероприятия, направленные на восстановление физических возможностей постинсультного больного (ЛФК, массаж, ИРТ, расширение двигательного режима), но и совместные культурные походы в театры, музеи, на выставки, в гости.

При каждой последующей встрече необходимо обсуждать возникающие индивидуальные проблемы и готовить вопросы для совместных семейных встреч.

С каждым сеансом индивидуальной психотерапии сокращается время для личных обсуждений и постепенно индивидуальная работа становится все менее значительной по времени и заменяется семейными встречами.

Важным направлением индивидуальной работы с постинсультными больными является и работа с неадекватными установками.

Н.Г.Ермакова предлагает следующие приемы коррекции выявленных неадекватных установок больных:

1) сужение и концентрация цели деятельности.²¹

Применяется при установках с переоценкой тяжести заболевания, с обесцениванием собственных возможностей, а также при негативизме. Из-за недостаточного умения больного дифференцировать свои усилия в восстановлении функций и осознавать свои актуальные возможности цель лечения кажется больному аморфной, нечеткой. Неконкретизированная цель при сопоставлении ее с реальными возможностями расценивается больным едва ли достижимой, что делает желание ее добиться слабо выраженным.

С другой стороны, попытки воплощения нереальных в данный момент целей, не подкрепленных реальными возможностями (например, двигательными) приводят к осложнениям (падениям). В этом случае в процессе индивидуальной работы проводится конкретизация цели. Психологическое воздействие направляется на осознание больным собственных возможностей. Это достигается за счет формирования реально достижимой цели восстановления нарушенных функций, за счет конкретизации и сужения масштаба цели. Так, вместо далекой и кажущейся нереальной цели – «вновь научиться ходить» - перед больным ставится более реальная и достижимая цель: «научиться стоять». Решение этой задачи может быть обеспечено реальным состоянием двигательных функций больного. Следующим этапом формируется задача: «ходить с поддержкой другого человека», затем – «ходить без поддержки другого человека, но с опорой на трость». И лишь затем – «ходить без поддержки и опоры на трость», то есть самостоятельно. Таким образом, формируются ступеньки реального приближения к главной цели: «научиться ходить». Достижение этих промежуточных целей вселяет надежду и укрепляет мотивацию к выздоровлению и к продолжению занятий и к лечению. При нарушениях речи, например, ставится другая цель: «научиться выражать мысли короткими фразами»

2) формирование партнерства с персоналом.

Прием применяется при недоверии к помощи специалистов-реабилитологов, при переоценке собственных возможностей. В случае завышенной ответственности больного за исход лечения, его требования, предъявляемые к себе, выше реальных возможностей организма.

²¹ Н.Г.Ермакова. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта

Психологической задачей в этом случае является снижение чувства ответственности больного, повышение терпимости к оказанию ему помощи другими людьми. Проводится демонстрация полезности тех приемов, которым обучают специалисты; формируются установки принятия партнерства с методистом ЛФК, трудотерапевтом, логопедом и другими специалистами.

Объектом воздействия этого партнерства являются нарушенная функция или навык. У пациента формируется терпеливое отношение к своим неудачным действиям, что способствует самопринятию и интеграции образа «Я».

3) сужение зоны болезни.

Используется в случае обесценивания собственных усилий. В случае переоценки болезни возникает психологическая задача доведения до сознания больного уже имеющихся достижений в восстановлении функций. Для этого используются убеждения, внушения, демонстрация упражняемости функций больного, способности его организма к выработке новых условных рефлексов и возможности сознательного управления новым навыком. На занятиях предлагаются задания на выполнение различных действий, запоминание слов, ориентацию в пространстве; подчеркивается улучшение их выполнения от занятия к занятию. Принцип наглядности помогает больному объективно оценивать свои достижения.

4) расширение зоны болезни

Этот прием применяется при недооценке заболевания, при непринятии помощи персонала, негативизме. В случае крайней недооценки болезни ставится цель доведения до сознания больного наличия дефекта, коррекция которого будет реальной, может стать ближайшей задачей восстановления. Занятие проводится в процессе естественного эксперимента, который переходит в обучающий эксперимент и формирование навыка. Предлагаются задания, направленные на психомоторную координацию (удержать трость, карандаш), на долговременную память (назвать соседей по палате) и т.д.

Проведение индивидуального психотерапевтического консультирования с членами семьи больного, перенесшего инсульт, является необходимым для осуществления наиболее адекватной семейной работы и снижения риска соматических осложнений (повышение артериального давления, сердечные приступы, повторный инсульт) у пациентов при психоэмоциональном напряжении в ходе психологического (семейного) консультирования.

Семейное консультирование

Важность проведения семейного консультирования, семей постинсультных больных очевидна, поскольку коррекция взаимоотношений в семье, с близким окружением необходима для последующей интеграции пациента в социум. К тому же родственники больных нередко обращаются за помощью к психологу с целью оптимизации своих отношений с больными, в случае негативизма больного, его отказа от процедур или агрессивного поведения. В отдельных случаях родственники бывают обеспокоены высказываниями больных по поводу никчемности жизни.

Семейное консультирование осуществляется по трем направлениям:

1. **Коррекция взаимоотношений с родственниками** предполагает проведение структурированного интервью, целью которого является дополнение данных анамнеза, установление уровня когнитивной сферы и особенностей личности пациента до инсульта, уточнение степени изменения когнитивного и эмоционального статуса после болезни, выяснение сферы увлечений, интересов пациента, установление характера взаимоотношений и роли пациента в семье и в профессиональной жизни;

2. **Разъяснительная работа с родственниками** (информирование о болезни, о принципах функционирования, о целях и задачах реабилитационной работы в целом и ее отдельных этапах), осуществляется активное включение их как помощников-участников в процесс реабилитации;

3. **Психологическая помощь членам семьи и ближайшему окружению.**

Методика психологического (семейного) консультирования

Особенность этой методики в том, что психологическое (семейное) консультирование фактически является логическим продолжением индивидуальной психотерапии и практически ее повторяет этапы.

Необходимым и обязательным условием проведения консультирования является контроль за соматическим состоянием постинсультных пациентов. В большинстве случаев состояние больного достаточно лабильно и перед началом и после окончания сеанса, необходимо проводить измерение артериального давления, частоты пульса и определение общего состояния больного.

I этап «Диспозиция». Задачей этого этапа является получение наиболее полной информации о составе семьи, особенностей ее многоуровневого функционирования (биологического, психологического и социального), а также заключение контракта и планирование «психотерапевтического маршрута».

На первой встрече происходит установление контакта психолога с членами семьи. Собеседование может начинаться с обсуждения семейной ситуации отдельно с каждым членом семьи во время проведения индивидуальных консультаций, что позволяет получить более искреннее и точное представление о семье. Это в дальнейшем значительно облегчает присоединение консультанта к семье. На этом этапе собирается и анализируется информация о пациентах с использованием психологического и анамнестического методов исследования, а также идет обсуждение контрактных обязательств сторон. В этот момент происходит распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности консультации, за технологию доступа к разрешению проблем клиента, а клиенты отвечают за собственную активность, искреннее желание осуществить коррекцию дисгармонии своего ролевого поведения, социального и интимного функционирования, возникшие в связи с развитием инсульта у одного из членов семьи. Затем участники психотерапии обсуждают продолжительность работы и длительность одного сеанса. Общее время этого этапа консультирования до 4 – 6 часов с периодичностью встреч 2–3 раза в неделю по

45–60 минут. По опыту работы, такой временной расклад продиктован необходимостью помочь супругам на ранних этапах адаптироваться к резко изменившимся условиям семейного функционирования в результате развития инсульта у одного из них, осознать произошедшие перемены ролевой структуры семьи, выявить и более четко и осознанно сформулировать проблему контракта, а также выявить возможности к разрешению возникших в связи с этим проблем.

На этом же этапе происходит выяснение состояния семейных отношений в предболезненный период, способностей супругов к продуктивному общению и адекватному социальному функционированию, что позволяет еще более четко увидеть изменившуюся в связи с болезнью систему семейных отношений и более точно наметить мишени для психологической коррекции, а также оценить ресурсы семьи и каждого из ее членов.

Для этого участникам консультирования предлагается составить **«семейный паспорт»**, т. е. записать состав и функциональные обязанности и взаимоотношения членов семьи до того, как один из ее членов перенес мозговую инсульт. Затем такое же описание дается ими на настоящий момент (в начале консультирования). На основе полученной информации проводится вся консультативная работа на следующих этапах консультирования.

Для укрепления чувства уверенности пациентов при проведении психологического (семейного) консультирования и психотерапии, требуется на каждой сессии подводить итог успешности разрешения обсуждаемых ранее проблем, а также с учетом прежнего опыта, знаний пациента проводить настрой на положительный итог совместной с психологом работы.

II этап «Осознание и реконструкция (компенсация)». Задачей этого этапа является достижение наиболее полной психосоциальной адаптации как семьи в целом, так и отдельных ее членов, построенное на осознании причин декомпенсации семейного функционирования. Частота встреч - 2-3 раза в неделю вначале и 1 раз в неделю в конце этапа (8-12 часов при 45-60 минутной сессии).

В процессе психологического (семейного) консультирования проводится работа на основе составленного больными и их родственниками **«семейного паспорта»**. С его помощью происходит анализ семейной ситуации, выясняются **«расстановка сил»** и возможные варианты их изменений, а также сложившихся отношений. В некоторых случаях наиболее **«патогенными»** становятся **доблезненные стереотипы поведения в семье**, которые стали одним из важных факторов возникновения инсульта одного из ее членов.

Для поиска путей выхода из сложившейся ситуации и построения наиболее адекватного паттерна поведения в семье можно использовать **техники рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, психагогики**²². Это связано с необходимостью выбора наиболее простых и

²² **Психагогика** (греч. psychagogia – привлечение души, убеждение) – термин А. Kronfeld (1924, 1927), обозначает методы рациональной психотерапии, не предусматривающие (хотя и не исключают) применение терапевтического внушения. Основная идея психагогики – обращение к разуму пациентов, формирование адекватных, просознательных убеждений.

вместе с тем реальных факторов влияния на психологически неподготовленных пациентов, нуждающихся в срочной помощи. К числу таких техник относятся:

Истолкование (начинается еще на стадии индивидуальной психотерапии), включающее разъяснение сущности заболевания, причин его возникновения, возможных последствий перенесенного инсульта с точки зрения семейных (а также супружеских) взаимоотношений и формирование адекватных ожиданий пациента и его родственников. Необходимость этого продиктована практически полным отсутствием четкой информации для больных и их родственников о перенесенном инсульте. Это приводит к тому, что происходит неадекватная оценка состояния больного, сроков лечения и его результатов (от полного игнорирования серьезности заболевания до переоценки и восприятия болезни как «конец нормальной жизни»).

С помощью данной техники в представлении самого больного и его родственников формируется реальная картина болезни, индивидуальная в каждом конкретном случае. При этом семьи учатся относиться к болезни как к свершившемуся факту и воспринимать ситуацию после инсульта не как обычную простуду или «конец жизни», а как другую жизнь. И для того, чтобы жить полноценно и дальше, нужно сформировать несколько иные стереотипы поведения.

В результате такого позитивного настроя снимается целый ряд дополнительных источников тревоги, открывающий пациенту возможность более адекватно контролировать свое соматическое состояние и иметь реальные ожидания от реабилитационных мероприятий вообще и от семейного консультирования в частности.

Консультант на основе клинической картины, психологических характеристик больного дает наиболее полное описание возможных вариантов течения заболевания и на основе обратной связи вместе с членами семьи анализирует их;

Убеждение и переориентация (когнитивное переструктурирование), способствующие коррекции когнитивного, поведенческого и эмоционального компонента отношения к болезни как больного, так и его семейного окружения. В этом случае происходит обсуждение положительных и отрицательных результатов инсульта (как клинических, так и психосоциальных), стереотипов поведения, конкретных жизненных ситуаций, когнитивно-поведенческих и эмоциональных реакций на них.

Членам семьи предлагается заполнить таблицу, в которой указываются, с одной стороны, отрицательные, а, с другой стороны, некоторые положительные моменты болезни. Затем участники консультирования обсуждают причины и последствия инсульта и связывают их между собой. Самостоятельное нахождение причинно-следственной связи в возникновении заболевания, способствует осознанию участниками консультирования своего поведенческого (когнитивного и эмоционального) копинга. Здесь же используются данные экспериментально-психологического обследования, проведенного до этапа психотерапии. Больные и их родственники информируются о результатах

тестирования и вместе с психотерапевтом обсуждают их. Выявленные изменения затрагивают, по всей вероятности, не только сам период после инсульта, но и доинсультный период, т. к. многие деструктивные варианты копинга в семье могли быть одним из факторов провоцирующих инсульт.

В дальнейшем, опираясь на вышеуказанные данные, проводится анализ «семейного паспорта». Сначала вербализуются варианты стереотипов поведения, характерных для данной семьи, затем эти варианты проигрываются по ролям. При этом четко контролируется соматическое состояние больного и степень эмоциональных реакций на психологически значимые моменты. Эти меры предосторожности необходимы, т. к. после перенесенного инсульта, пациенты могут дать резкое повышение АД, ЧСС и др. Постепенно происходит когнитивное и поведенческое научение, а также предлагается «веер» решений проигрываемых ситуаций;

Научающие методики, способствующие модификации убеждений и личностных установок больного и его родственников, направлены на изменение отношения к болезни, коррекцию в системе ценностей, что позволяет пациенту вновь ощутить себя полноправным членом семьи, и создает ряд позитивных перспектив в отношении активизации больного и повышения мотивации к лечению.

С этой целью вырабатываются **шаблонные паттерны поведения в эмоционально значимых ситуациях**, а также члены семьи осваивают «разговорную тактику» поведения, т. е. учатся обсуждать друг с другом свои точки зрения и мотивы поведения в различных случаях. В дальнейшем они учатся принимать факт существования другого мнения и искать компромиссы. С этой целью устраиваются ролевые игры и диалоги на заданную тему.

Поиск новых шаблонов поведения - «веера решений» для членов семьи больного. Как правило, вопросы, решаемые в этой части, касаются супружеских отношений, затрагивающих область чувств, эмоций и интимных взаимоотношений супругов. **Особенностью семей больных, перенесших инсульт, является неконструктивный подход к семейным отношениям и, в частности, к сфере интимных отношений.** Особенно это ярко прослеживается в тех супружеских парах, где инсульт перенес мужчина (45 % всех обследованных пар). Члены таких семей, как правило, проходят консультирование раздельно, работа в паре становится возможной лишь на завершающих этапах.

Помимо психотерапевтической работы пациентам и их родственникам дополнительно предлагаются **домашние задания**. Например, семьям поручается установить контакт с другими семьями и постинсультными пациентами (обсудить просмотренную передачу, поговорить о дальнейших планах и др.); самостоятельно (больному) выполнить то действие, которое дается с трудом из-за двигательных нарушений (одеться, умыться, побриться и др.), при этом другой член семьи может помогать лишь давая моральную поддержку и подбадривая. Эти задания направлены на психосоциальную

адаптацию и улучшение семейного функционирования и их результаты обсуждаются при последующих встречах.

III этап «Поддерживающий». Этот этап направлен на закрепление полученных результатов и профилактику возможных осложнений в состоянии постинсультных больных, их родственников и семьи в целом, а также на повышение качества жизни, участников психотерапевтического процесса.

Этот этап проходит на основе **анализа домашних заданий, которые получают семьи.** Эти задания касаются выработки шаблонных паттернов поведения для постинсультных больных в новых (внебольничных) условиях и касаются таких категорий, как самообслуживание, уборка, расширение режима (поход за почтой, на улицу в магазин, поликлинику и др.).

Во время встреч с консультантом происходит анализ выполненного и трудностей, возникающих при этом. Нарбатывается практика выполнения различных дел при проигрывании ситуаций, вызвавших наибольшие затруднения.

На этом же этапе должна появиться практика супружеских (сексуальных отношений). Партнеры, в большинстве случаев, уже могут анализировать происходящее в этой сфере совместно с консультантом. Однако сначала вопросы интимным взаимоотношений обсуждаются супругами отдельно, во время прохождения индивидуальной психотерапии и лишь после этого на совместных сессиях.

Третий этап наиболее продолжителен по времени (до 5 – 6 месяцев в отдельных случаях) и включает в себя в начале – 1 сессию в неделю, затем 1 раз в 2–3 недели).

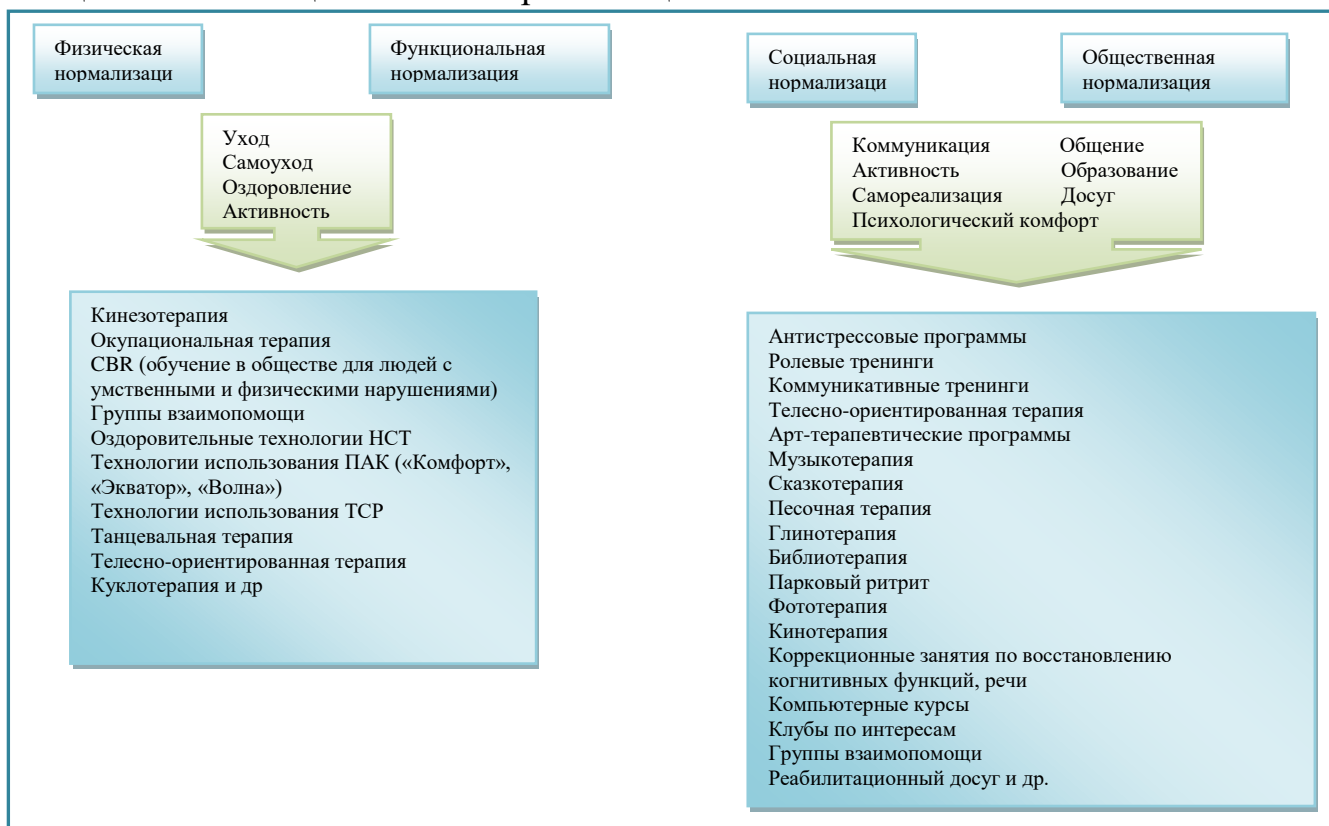
Постепенно семьи постинсультных больных должны составить новый **«паспорт семьи» и идеальный «паспорт»**, т. е. подобрать характеристики наиболее устраивающие всех ее членов. В дальнейшем семьи учатся выстраивать такие отношения, которые способствовали бы не только наиболее полному восстановлению больных, но и самореализации остальных ее членов.

Таким образом, применение индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования позволяет наиболее безопасно для соматического состояния больного провести коррекцию выявленных нарушений семейного функционирования, индивидуальных деструктивных паттернов поведения как самого больного, так и членов его семьи. А также способствует не только созданию оптимального для восстановления больного после инсульта климата, но и может способствовать более эффективной профилактики повторных инсультов.

Групповые психотерапевтические программы.

После проведения индивидуальной работы, когда клиент готов выйти на обсуждение своих проблем из взаимодействия «психолог-клиент», проводятся занятия в малой группе (3-5 чел.). В группе обсуждаются и корректируются неадекватные установки по отношению к болезни, к лечению, жизни; формируются позитивные установки, применяются различные техники и терапевтические программы. Выбор терапевтической программы производится

на основании общего состояния и функциональных возможностей клиента, актуальных психологических проблем и задач реабилитационной и коррекционной работы. Основным принципом работы будет являться нормализация жизни клиента по направлениям: физическая, функциональная, социальная и общественная нормализация.



Иппотерапия

Иппотерапия– это физиотерапевтическое лечение, в основе которого лежит использование ритмичных движений лошади. Данная методика с 60-х годов 20-го века используется для лечения церебрального паралича, а также для реабилитации пациентов после цереброваскулярных нарушений. Езда на лошади помогает пациентам улучшить баланс, контроль над своими движениями и восстановить мышечный тонус. Иппотерапия воздействует на вестибулярный аппарат пациента, оказывает проприоцептивное и психосоматическое воздействие.

Основой для создания методики реабилитации послужило наблюдение о том, что походка лошади имеет ритмично повторяющуюся структуру, сходную с динамикой походки человека. Поэтому больному, страдающему нарушениями походки, может помочь совместное с лошадью движение – оно будет способствовать восстановлению нормального баланса и координации своей осанки.

Применение. Конечно, в первую очередь иппотерапия применяется при лечении ДЦП – в мировой реабилитационной практике эта методика даёт великолепные результаты. Тем не менее, стимулирование восстановления двигательных рефлексов у пациентов, проходящих реабилитацию после

инсульта, также сложно переоценить. Инстинктивные координационные реакции, возникающие как ответ на движение лошади, тренируют способность пациента удерживать равновесие и развивают компенсаторные мышечные сокращения. Также такая специфическая стимуляция помогает пациентам максимально быстро найти и закрепить двигательные реакции, которые наиболее близки к их привычной норме. Немаловажно и то, что езда на лошади стимулирует мягкое и, вместе с тем, быстрое восстановление мышечного тонуса – это максимально увеличивает доступный объём двигательной активности в суставах. Итогом такого комплексного развития мышечно-связочного аппарата становится выраженное развитие практически всех двигательных функций.

Очень важным для восстановительной терапии после инсульта моментом является то, что иппотерапия даёт комплексную позитивную динамику не только для физического статуса пациента, но и для его психоэмоционального состояния. Езда на лошади способствует максимально возможной мобилизации волевой деятельности больного, его социализации и формированию гармоничных отношений с окружающей действительностью. В ходе занятий у пациента существенно возрастает мотивация, усиливается его стремление к достижению результатов.

Движущаяся вместе с пациентом лошадь становится для больного настоящим источником жизненных сил, она будит в нём желание жить, ставить новые цели и преодолевать трудности, достигая их, то есть действует как психологическая реабилитация.

Научное обоснование. Существует сугубо научное объяснение полезности иппотерапии. Крупная лошадь за минуту переносит на всадника примерно 110 колебательных импульсов: по длине оси тела «вниз-вверх» (против силы тяжести), по фронтально-поперечной оси тела «вперёд-назад», вокруг саггитально-поперечной оси тела из стороны в сторону, а также вокруг функциональной точки центра тела происходят диагональные движения. Сложные движения спинных мышц лошади, каждое из которых состоит из многих элементов, оказывают разогревающее и массирующее действие на органы малого таза и мышцы ног всадника, усиливают кровоток в его конечностях.

Проекция движений лошади на сидящего человека, его пояснично-позвоночный столб и тазобедренный сустав имитирует движения, которые здоровый человек совершает при ходьбе. Иными словами, при свободной посадке на неосёдланной лошади езда верхом заменяет типичную для ходьбы тренировку туловища. Для того чтобы в процессе езды сохранять правильную посадку, всадник вынужден постоянно удерживать равновесие, синхронизировать и координировать свои движения. Это позволяет включить в работу все мышцы тела – в том числе те, которые, даже не будучи поражёнными, обычно находятся в бездействии. При этом верховая езда стимулирует развитие мелкой моторики, тем самым способствуя

восстановлению способности пациента совершать сложные и точные движения. Такой эффект не обеспечивает ни один другой вид двигательной терапии.

С учётом того, что температура тела лошади на 1.5-2 градуса выше, чем температура тела человека, имеет место такой момент, как своеобразный «массаж с подогревом» – **достаточно интенсивный и глубокий, но, в то же время, щадящий и почти незаметный для пациента.** Также доказано, что во время верховой езды лёгкие начинают работать в полную силу, кровь, головной мозг и мышцы обогащаются кислородом – при реабилитации после инфаркта или инсульта это просто незаменимо.

Иппотерапия способствует восстановлению мышления, внимания и памяти. При верховой езде пациенту необходимо постоянно поддерживать концентрацию на задаче, это стимулирует его к максимальной самоорганизации и собранности, создаёт потребность в планировании и анализе собственных действий, активизирует психические процессы. Если инсульт повлёк за собой психическую травму – например, пациент стал замкнутым и необщительным – регулярное общение с лошадью поможет ему быстро вернуться к социальному взаимодействию.

При этом верховая езда развивает веру в себя – когда пациент, чьи физические возможности после инсульта сильно ограничены, управляет мощным и красивым животным, ему становится легче. Положительные эмоции, необычные переживания и ощущения – всё это помогает больным, перенёсшим инсульт, снова почувствовать себя полноценными людьми, не скованными болезнью.

Эффективность иппотерапии. В процессе полувекового применения в мировой реабилитационной практике лечение верховой ездой доказало свою эффективность и уникальность. **Основные результаты иппотерапии:**

- Повышение устойчивости пациента к физическим нагрузкам;
- Нормализация мышечного тонуса;
- Увеличение подвижности пациента и общего объёма его движений;
- Улучшение координации движений пациента;
- Снижение спастичности;
- Улучшение функции вестибулярного аппарата;
- Улучшение работы мышц пальцев и кистей (мелкой моторики), восстановление возможности выполнять большинство бытовых процедур;
- Увеличение активности пациента, появление у него уверенности в собственных силах;
- Улучшение обучаемости пациента и уровня его внимательности;
- Уменьшение страхов пациента, его возбудимости, агрессивности и замкнутости;
- Обучение пациента новым навыкам и умениям, отвлечение его от тягостных мыслей;
- Восстановление социальной активности пациента.

3.Профилактика постинсультных осложнений и повторного инсульта

Немаловажной задачей специалистов учреждений в социально-психологической реабилитации после инсульта - это **профилактика повторных инсультов**. Для этого психолог собирает сведения об имеющихся у больного факторах риска с целью организовать профилактическое лечение с их учетом. Повторные инсульты в подавляющем большинстве развиваются по тому же механизму, что и первые, поэтому необходимо определить возможный генез первого инсульта. Для профилактики повторного внутримозгового кровоизлияния необходимо проведение психологических бесед.

Основные темы профилактических бесед:

Факторы риска развития инсульта. Выявление и контроль факторов риска развития инсульта - это лучший способ снизить индивидуальный риск развития инсульта у пациента.

Факторы риска инсульта можно подразделить на контролируемые (те, на которые может влиять врач путем выдачи рекомендаций или сам пациент путем изменения образа жизни) и неконтролируемые (на которые влиять невозможно, но их необходимо учитывать).

Контролируемые (регулируемые) факторы риска:

- повышенное артериальное давление (выше 140/90 мм рт.ст.);
- курение сигарет;
- злоупотребление алкоголем;
- мерцательная аритмия и другие заболевания сердца;
- факторы образа жизни (избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса);
- повышение холестерина крови;
- сахарный диабет;
- предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт;
- применение оральных контрацептивов.

Повышенное артериальное давление (АД выше 140/90 мм рт.ст.)

Риск инсульта у больных с АД более 160/95 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт.ст. - в 10 раз.

Курение

Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Переход на курение трубки или сигар дает незначительное преимущество, по сравнению с сигаретами, что подчеркивает необходимость полного прекращения курения. Через 2 - 4 года после прекращения курения риск развития инсульта уже не зависит от количества выкуренных до этого сигарет и стажа курения.

Алкоголь

Исследования показали, что умеренное употребление алкоголя (2 бокала вина в день и 50 мл крепких напитков) может снижать риск развития инсульта в

2 раза. Однако небольшое увеличение этой дозы ведет к возрастанию риска развития инсульта в 3 раза.

Мерцательная аритмия и другие заболевания сердца

У лиц старше 65 лет распространенность мерцательной аритмии составляет 5-6 %. Риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3-4 раза. Риск развития инсульта также повышается при наличии ишемической болезни сердца в 2 раза, гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ - в 3 раза, при сердечной недостаточности - в 3-4 раза.

Факторы образа жизни (избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса)

Эти факторы опосредованно влияют на риск развития инсульта, так как связаны с высоким холестерином крови, высоким артериальным давлением и диабетом.

Повышение холестерина (повышение уровня общего холестерина более 200 мг% или 5,2 ммоль/л, а также повышение уровня липопротеинов низкой плотности более 130 мг% или 3,36 ммоль/л)

Это непрямой фактор риска развития инсульта. Он связан с развитием атеросклероза, ишемической болезни сердца.

Сахарный диабет

Лица, страдающие диабетом, имеют высокий риск развития инсульта. Они чаще имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию, различные проявления атеросклероза и избыточный вес.

Предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт

ТИА являются существенным предиктором развития как инсульта, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4-5 % в год. У более, чем 1/3 пациентов, перенесших ТИА, может развиваться инсульт.

После первого инсульта риск повторного возрастает в 10 раз.

Применение оральных контрацептивов

Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и повышением АД.

Неконтролируемые (нерегулируемые) факторы риска:

- возраст
- пол
- наследственность

Возраст

С возрастом увеличивается риск развития инсульта. Одну треть перенесших инсульт составляют люди в возрасте от 20 до 60 лет. Две трети инсультов происходят у лиц старше 60 лет. С каждым десятилетием после 55 лет риск развития инсульта удваивается.

Пол

У мужчин риск развития инсульта чуть выше, чем у женщин. Однако по данным последних исследований эти значения сравниваются. Смертность от инсульта в любой возрастной группе выше у женщин.

Наследственность

Люди, у ближайших родственников которых был инсульт, имеют более высокий риск развития инсульта.

Основные советы по профилактике инсульта.

1. Контролируйте свое артериальное давление.

Как показывает статистика, из 100 больных гипертонией лишь половина знает о своем повышенном артериальном давлении (хотя гипертоника, как правило, видно за версту - по характерному цвету лица, напряженности мимики, нередко солидным габаритам). И только 10-15 человек из 100 держат его, так сказать в узде ежедневным контролем и приемом лекарств.

Если вы страдаете артериальной гипертонией, регулярно (дважды в день!) следите за артериальным давлением. Простая вещь: на работе и дома должен быть тонометр.

Как ни удивительно, но именно от тонометра очень часто зависит: разделить жизнь на "до" и "после" или нет. Когда в конце 80-х годов во всем мире проводилась программа с красивой аббревиатурой МОНИКА, ставившая целью снижение смертности от сердечных заболеваний, кардиологи даже не предполагали, как озадачат их полученные результаты. Оказалось, что одно только измерение давления и удержание его в норме сократило количество инфарктов миокарда на 19-21%, но в то же время число инсультов снизилось на 43 - 45%!

Курируя в начале 90-х годов Новолипецкий металлургический комбинат, сотрудникам Института неврологии РАМН удалось на те же 45% снизить заболеваемость инсультом, лишь измеряя и контролируя артериальное давление.

В Японии приняли специальную государственную программу по контролю за артериальной гипертонией, после чего средний возраст ее жителей приблизился к 82 годам. А ведь еще недавно Страна восходящего солнца занимала второе место в мире по частоте геморрагических инсультов.

Какое давление считать критическим?

Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения, давление свыше 140/90 мм ртутного столба признается артериальной гипертонией. Однако необходимо иметь в виду, что жестких цифр нет, и нельзя придерживаться этого ориентира. Если у человека всю жизнь было давление 90/60 (особенно часто это встречается у женщин), то его повышение до 130/80 нередко реализуется в гипертонический криз. С другой стороны, было бы неграмотно "сбивать" давление до 130/80 тем, у кого оно длительное время держалось на уровне 170/100: ведь резкие колебания крайне опасны. Однако в любом случае "перевал" за 140/90 - причина для обращения к врачу и приема специальных лекарств.

2. Снижайте количество выкуренных сигарет в день, если вы курите, и в дальнейшем совсем откажитесь от этой вредной привычки.

3. Употребляйте алкоголь умеренно (не более 2 бокалов вина в день или 50 мл крепких напитков). А лучше вообще не пейте - в мире есть очень много других удовольствий.

4. Необходимо знать о наличии или отсутствии каких-либо нарушений сердечного ритма. Для этого достаточно один раз в полгода снимать ЭКГ. Основное направление предотвращения инсульта при мерцательной аритмии - это уменьшение вероятности образования тромбов в полостях сердца, что достигается приемом лекарственных средств.

5. Выясните уровень холестерина крови. При повышении его обратитесь к врачу. Выполняйте все его рекомендации по контролю уровня холестерина.

6. Если Вы страдаете сахарным диабетом, то следуйте рекомендациям врача и не давайте уровню сахара крови подниматься выше нормы.

7. Занимайтесь физическими упражнениями. Ведите активный образ жизни.

Сегодня дошло до того, что крой мужского костюма уже заранее предполагает местечко для "трудовой мозоли" - брюшка. При занятиях физическими упражнениями очень важна регулярность и разумность нагрузок. Это позволит Вам постепенно избавиться от лишнего веса и поддерживать форму. Есть так называемый синдром выходного дня: 40-50-летний человек всю неделю сидит в конторе за компьютером или занимается канцелярской работой и при этом имеет минимум физической активности. А на выходные едет на дачу к любимой теще помочь по хозяйству: вскопать грядки, построить баньку, починить крыльцо... В лучшем случае он отделается болью в растянутых мышцах, вывихнутыми суставами или порезами. А нередко после поднятия очередного бревна бедняга так и останется на месте, пока "Скорая" не увезет его с диагнозом "инфаркт миокарда" или "инсульт".

Физические нагрузки надо выбирать "по плечу", по возрасту, по здоровью и по совету специалиста.

8. Питайтесь сбалансировано, избегая перебора соленого и острого, особенно на ночь.

9. Сохраняйте эмоциональное равновесие, по возможности занимая позицию "над схваткой".

Если Вы остро реагируете на события, сильно переживаете, сердитесь, сделайте очень простую вещь: попробуйте сжимать теннисный мячик. Вы не только выплесните излишние эмоции, но и ... не сможете больше злиться, поскольку психологически уже переключились.

Кстати, образное выражение "упал - отжался" - идеальная рекомендация при такой ситуации. Найдя выход накопившемуся за день негативу, можно получить колоссальную разрядку, а значит, не нажить язву, гипертонию. Ведь для организма нет ничего страшнее нереализованных,

"зажатых" эмоций. Это надо четко понимать и учиться самим выстраивать собственное эмоциональное благополучие.

4. Что может сделать семья для человека, выздоравливающего после инсульта?

Советы родственникам

Общие мероприятия

Длительный постельный режим даже у здоровых людей может вызвать ряд осложнений. Следует знать наиболее **грозные осложнения** этого периода:

1. воспаление легких (застойная пневмония, связанная с лежачим положением больного, с плохой вентиляцией легких);

2. пролежни;

3. нарушение водного баланса (когда больной находится в бессознательном состоянии или у него нарушен акт глотания);

4. тромбозы вен ног, которые часто приводят к такому грозному осложнению как тромбоэмболия лёгочной артерии.

Ежедневный уход за тяжелобольными состоит из целого ряда мероприятий, которые позволяют избежать перечисленных осложнений.

Во **избежание возникновения застойных явлений в легких** необходимо периодически (каждые 2 часа) поворачивать лежачего больного в постели. Как только позволит общее состояние активизировать его: в начале сажать на несколько минут (несколько раз в день) в постели, подложив под спину подушки. Если больной в сознании, то с первых дней проводить занятия дыхательной гимнастикой: самым простым, но эффективным упражнением является надувание резиновых шаров, детский резиновых игрушек. Помещение, в котором находится больной, должно периодически проветриваться.

Для профилактики пролежней и опрелостей необходимо несколько раз в день протирать кожу больного камфорным спиртом или смесью спирта (водки, одеколona) с водой или шампунем. Если больной не контролирует мочеиспускание, следует использовать памперсы или чистые пеленки или специальные мочеприемники. Не реже двух раз в день необходимо обмывать кожу половых органов и заднего прохода слабым раствором калия перманганата ("марганцовки") и обтирать марлевым тампоном. Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Наиболее гигиеничен и удобен поролоновый матрац. На матрац под простыню кладут по всей его ширине клеенку. Очень удобен специальный противопролежневый матрац.

При уже **возникшем повреждении кожи покрасневшие участки** следует 1-2 раза в день смазывать концентрированным раствором "марганцовки". Для заживления пролежней используют различные мази: солкосерилловую, ируксоловую, масло шиповника и др. Если пролежни возникли в области крестца, под таз необходимо подкладывать покрытый простыней резиновый круг, так, чтобы крестец находился над его отверстием.

При постельном режиме физиологические отправления, такие, как мочеиспускание и дефекация, происходят в лежачем положении больного с использованием специальных приспособлений (подкладное судно и мочеприемник).

Особое внимание следует уделять полости рта, так как у тяжело больных часто **возникает воспаление ротовой полости** - стоматит. Зубы надо чистить не реже двух раз в день, полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжело больным протирают рот ватным шариком, смоченным 5%-ным раствором борной кислоты или 0,5%-ным раствором соды, либо слабым раствором калия перманганата).

Если появляются **выделения из глаз**, склеивающие ресницы и веки, их удаляют ватным тампоном, смоченным 2%-ным раствором борной кислоты. Ежедневно промывают глаза теплой кипяченой водой.

Нарушение водного баланса (обезвоживание) приводит к изменению физико-химических свойств крови (гиперосмоляльности), к "сгущению крови", затрудняет нормальное поступление к тканям организм, в том числе к мозгу, кислорода и питательных веществ. В норме человеку нужно не менее 2 литров жидкости в день: примерно половину он получает с питьем, половину - с пищей. Если больной находится в бессознательном состоянии или если он в сознании, но у него нарушено глотание, жидкость регулярно должна поступать или через установленный врачом зонд (идуший через нос в желудок), или в виде внутривенных капельных вливаний. Следует помнить, что насильственное кормление может привести к аспирационной пневмонии, в связи с попаданием в легкие кусочков пищи или жидкости.

У лежачих больных **возникает замедление скорости кровотока** по сосудам, что способствует повышению свертываемости крови и развитию тромбоза вен нижних конечностей, чаще всего развивающегося в парализованной ноге. Для их профилактики необходимо в первые дни после инсульта несколько раз в сутки проводить гимнастику для ног. Если движения сохранены, больной сам в медленном темпе осуществляет разнообразные упражнения: поочередное поднятие левой и правой ноги вверх, отведение и приведение, сгибание и разгибание в коленном и голеностопном суставах. Если активных движений нет, те же действия за него производит лицо, ухаживающее за ним - это называется **пассивной гимнастикой**. Кроме активной и пассивной гимнастики для профилактики тромбоза вен нижних конечностей полезен массаж: поглаживание и разминание по направлению от стопы к бедру. Проводить их можно только посоветовавшись с врачом и только когда явлений тромбоза еще нет. Если больной страдает варикозным расширением вен, с первых дней ногу необходимо бинтовать эластичным бинтом. **Чем раньше, тем лучше.**

Это один из главных принципов реабилитации. Как можно раньше нужно принимать меры и при первых появлениях неравномерного распределения тонуса в конечностях - **мышечной спастики**. Хорошее профилактическое средство в первые дни и недели после инсульта - **особая укладка конечностей**,

т.е. **лечение положением**. Положите больного на спину так, чтобы мышцы, в которых повышен тонус, были растянуты. Для этого с парализованной стороны рядом с постелью поставьте стул с подушкой и уложите на нее руку больного ладонью вверх. Выпрямите ее в локте и отведите в сторону под прямым углом. Под мышку положите ватный валик, обтянутый клеенкой. Пальцы разожмите. А теперь пальцы, кисть, предплечье прибинтуйте к лангетке (взять какой-либо твердый материал - фанеру, легкий металл и обтянуть марлей зафиксировать руку, положите на нее мешочек с песком или солью весом 0,5 кг, парализованную ногу согните в коленном суставе и подложите под него валик. Стопу, чтобы она не отвисала, согните под прямым углом и удерживайте в таком функционально выгодном положении при помощи деревянного ящика (футляра для ноги). В одну из его стенок больная нога упирается подошвой. Для более надежной фиксации футляр привяжите к спинке кровати. В таком положении больной находится 1,5-2 часа. В течение дня лечение положением можно повторять. Лечебная гимнастика и упражнения по восстановлению речи должны начинаться, как только позволит общее состояние больного. Особенно настойчиво необходимо заниматься в первые 2-3 месяца после перенесенного удара - систематически, не пропуская ни дня, постепенно увеличивая нагрузку.

Активная гимнастика

Ее обычно начинают на второй-третьей неделе после инсульта. Лежа на спине или здоровом боку, больной должен 2 раза в день по 10-30 минут выполнять сгибание, разгибание, отведение, приведение, вращение руки и ноги. Движения делать легче, если руку или ногу подвесить на полотенце, которое держит тот, кто помогает. Во время занятий не забывайте сделать 2-4 перерыва по 2-4 минуты. Если у больного появились движения в пальцах рук, улучшить эту функцию помогут складывание детских кубиков, пирамидок, лепка из пластилина, застегивание и расстегивание пуговиц, завязывание и развязывание тесемок. Нарращиванию мышечной силы способствуют упражнения с сопротивлением. Сшейте 40 сантиметров широкой резинки в виде кольца и наденьте ее на здоровую и больную ноги или руки. Передвигая кольцо, можно последовательно тренировать различные мышечные группы: разводить и сводить ноги, попеременно их поднимать. Например, упираясь локтями в кровать, больной поднимает руки вверх - кольцо набрасывается на обе руки перед большим пальцем, и человек разгибает кисти в лучезапястном суставе, затем перекрестно их сгибает. Если общее состояние удовлетворительно, нет осложнений, надо как можно раньше начать упражнения, помогающие восстановлению навыков ходьбы. Уложив больного на спину, обхватите руками его щиколотки и попеременно сгибайте и разгибайте ноги так, чтобы стопы скользили по кровати. Со временем он сам сможет выполнять это без посторонней помощи. Если нога бездвижна, сгибает и разгибает ее помогающий больному человек.

Потихоньку поднимаемся!

Как только больному разрешат садиться (иногда в первые же дни после инсульта), помогайте ему это делать. Для начала достаточно 3-5 минут. Под

голову и спину подложите подушку. Затем в течение 2-3 дней постепенно переведите больного в полувертикальное положение. А на 4-5-й день таких занятий уже разрешается сидеть со опущенными ногами. При этом под спину положена подушка, больная рука зафиксирована косынкой, под ногами - скамейка. Время сидения с опущенными ногами постепенно увеличивайте - с 10-15 минут до 1-2 часов. И хорошо бы не сидеть все время, пассивно свесив ноги, а имитировать ходьбу. Того, кто научился "ходить" в положении лежа, легче научить стоять. Предложите больному привстать, держась здоровой рукой за спинку кровати или вашу руку. Запомните: вы должны помогать, всегда находясь со стороны плохо двигающихся конечностей. Поддерживайте за талию и одновременно зафиксируйте с помощью своей ноги коленный сустав больной ноги в разогнутом состоянии. Стоять больной должен прямо, равномерно распределяя вес тела на нездоровую и здоровую ноги. На первый раз хватит 1-3 минут, затем постепенно доведите время стояния до получаса. Научился самостоятельно стоять? Пора освоить попеременный перенос тяжести тела с одной ноги на другую. При этом на первых порах обязательно фиксируйте своей ногой его коленный сустав в разогнутом состоянии. А чтобы больной чувствовал себя уверенно, он должен обязательно держаться - за высокую спинку кровати или скобу, вбитую в стену.

Пора ходить!

Сначала, конечно, с поддержкой. Встаньте со стороны плохо двигающихся конечностей, обнимите больного за талию. Он же пусть с помощью здоровой руки положит свою парализованную руку на вашу шею. Следующий этап - без поддержки, но с опорой. Вначале - стул или трех-четырёхногая приставка, "козлик", потом - палка. Первое время ходьба по комнате, квартире, затем - по лестнице, во дворе дома... При обучении ходьбе обращайте внимание на положение стопы, проверяйте устойчивость, следите, чтобы человек достаточно активно сгибал ногу в тазобедренном и коленном суставах, не заносил ее в сторону, не задевал носком пол. Важно научиться правильно ставить стопы. Этому поможет ходьба по дорожке со следами стоп. Ее нетрудно сделать самим, к примеру, на куске обоев. Пройдите по обоям, расстеленным на полу, в ботинках, подошвы которых натерты, скажем, мелом. Следы обведите - дорожка готова. Ступая по ней, больной должен стараться попасть в обведенный след. Чтобы парализованная нога не цеплялась за пол, ее надо тренировать. На дорожку перед следами со стороны больной ноги можно поставить дощечки пятисантиметровой высоты. Задача больного - ходить, стараясь их не сбить. Со временем высоту дощечек увеличьте до 15 сантиметров. Каждый этап требует от человека больших усилий. Поэтому во время занятий необходимо делать паузы для отдыха. Первое время страхуйте больного от падения, предлагайте ему опираться на палку - особенно если выражен парез ноги или нарушено равновесие. Стопа больной ноги, увы, имеет тенденцию подворачиваться при ходьбе, поэтому следует носить высокую обувь. Лучше заказать ее на ортопедической фабрике. Если нет возможности, используйте валенки, сапоги, ботинки для фигурного катания - главное, чтобы

они хорошо фиксировали стопу. Нет и этого - сделайте резиновую тягу. Один конец широкой резинки прикрепите к верху ботинка у щиколотки, другой - к брюкам на уровне колена или верхней трети голени.

Сделай сам!

Также **постепенно обучайте больного самостоятельно есть, одеваться, навыкам личного туалета.** Когда рука парализована, это весьма непросто. Конечно, требуется помощь близких, но это не означает, что надо стремиться предупредить каждый шаг больного - излишняя опека только вредит. Для более успешного продвижения по этому пути проводите с ним занятия по увеличению объема движений, силы и ловкости. Чтобы развить движения, к примеру, в плечевом суставе, необходимо пальцами здоровой руки взять пальцы больной в "замок" и поднять их вверх, затем наклонить влево и вправо. Если пальцы больной руки сгибаются, усложните упражнение. Обеими руками взявшись за гимнастическую палку, нужно поднимать ее вверх и опускать за голову. Для развития ловкости в пальцах следует продолжать упражнения с кубиками и пластилином. Следующий этап - работа с детским "Конструктором". Труднее всего восстанавливаются навыки пользования ванной. Позаботьтесь о различных технических приспособлениях - набейте скобы на стенах, обзаведитесь лесенкой для подъема в ванну, деревянным стульчиком для сидения в ней. Научился сам себя обслуживать, помогите освоить выключатели, дверные затворы, оконные задвижки, открывать и закрывать кран, брать телефонную трубку... Когда больной овладеет этими движениями, смело подключайте его к уборке квартиры, мытью посуды, приготовлению пищи, покупке продуктов в ближайшем магазине. Круг обязанностей, нагрузку расширяйте постепенно, добивайтесь, чтобы он выполнял посильную работу сам, без посторонней помощи, тогда дело пойдет быстрее.

"Рука просит - нога косит"

Конечно, каждый восстанавливает утерянные функции в своем индивидуальном темпе. При легких парезах процесс идет быстрее. Те же, у кого имеются серьезные двигательные нарушения, часто застревают на одном из этапов. В первые месяцы возможны и некоторые осложнения. У большинства больных в этот период нарастает тонус мышц (мышечная напряженность - спастика) парализованной руки и ноги. Спастика, увы, может привести к стойким мышечным сокращениям - контрактурам. Преодолеть сопротивление резко сократившейся мышцы не может ни сам больной, ни занимающийся с ним человек. Мышечный тонус нарастает неравномерно. Чаще спастичность возникает в мышцах - сгибателях предплечья, кисти, стопы, пальцев кисти и стопы, а также в мышцах передней части бедра, разгибателях голени. Такую позу - рука согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы сжаты в кулак, а нога, напротив, выпрямлена, как палка, - очень точно характеризует выражение "Рука просит - нога косит". При спастике ни в коем случае нельзя усердно и длительно сжимать резиновый мячик или кольцо,

пользоваться эспандером для развития сгибательных движений в локтевом суставе. Это только усиливает тонус мышц.

Избирательный массаж

Мышцы, антагонисты тем, в которых наблюдается повышение тонуса - разгибатели предплечья, кисти и пальцев, сгибатели голени надо массировать энергично, в быстром темпе, используя приемы растирания и неглубокого разминания. Мышцы же, где тонус повышен, слегка и в очень медленном темпе лишь поглаживайте.

Тепло

Оно способствует снижению мышечного тонуса. В стационаре назначают теплотечение парафином или озокеритом. Дома можно делать ежедневно (1-2 раза) теплые ванночки с температурой воды 37-40°, в которые на 10-15 минут погружают руку или ногу.

Таблетка не только лечит!

Для снижения мышечной спастичности применяют и медикаменты - в каждом случае строго индивидуально. Никогда не занимайтесь самолечением своего родственника или знакомого! Помните: не всегда таблетки полезны. Если есть, например, спастичность в руке, а в ноге она отсутствует или выражена не так сильно, лекарства, снижающие мышечный тонус, принимать нельзя - может усилиться слабость в ноге и нарушиться ходьба.

Артропатии

Так называют другое осложнение, которое нередко возникает в первые месяцы после инсульта. Это трофические изменения суставов больных конечностей, проявляющиеся припухлостью, болезненностью при движении и надавливании. Чаще поражаются плечевой, лучезапястный суставы пальцев кисти. Постепенно из-за острой болезненности резко ограничиваются не только активные, но и пассивные движения такого сустава. Помогает тепло - парафиновые или озокеритовые аппликации. Дома удобнее делать теплые ванночки. Назначают анаболические гормоны (например, ретаболил), которые улучшают питание пораженных тканей, обезболивающие средства. Но все это строго индивидуально и только по предписанию врача. Чтобы предупредить растяжение суставной сумки плечевого сустава, сопровождающееся сильной болью, обязательно зафиксируйте руку повязкой или косынкой, перебросив ее завязанные концы через голову.

Лень тут ни при чем!

Следует иметь в виду, что некоторым перенесшим инсульт свойственно безразличное отношение к своему состоянию. Лечебной гимнастикой они занимаются только по принуждению. В течение дня упражнения не повторяют, могут часами лежать в постели или бездумно смотреть одну телепередачу за другой. У таких больных, естественно, плохо восстанавливаются даже легкие нарушения двигательных функций. Они зачастую беспомощны во всем. И это объясняется не ленью, как иногда считают их близкие, а поражением определенных областей мозга. Так, при обширных поражениях правого полушария наряду с нарушением движений в левой руке и ноге возникает

снижение психической активности. Подобного больного следует терпеливо побуждать к действию, всеми силами стараться выработать потребность движения, ходьбы, самообслуживания. Ему надо уделять как можно больше внимания, но если больной плохо себя чувствует, не в настроении, не заставляйте его заниматься во чтобы то ни стало. Наберитесь терпения, будьте к нему добры и ласковы...

Некоторые изменения в поведении больного обусловлены самими поражениями мозга — это синдромы эмоциональной лабильности и снижения психической активности. Эмоциональное состояние пациента в первые недели или даже месяцы после перенесенного удара крайне неустойчиво: он может быть капризным, плаксивым, вспыльчивым. Не обижайтесь на него — этот синдром эмоциональной лабильности типичен для большинства больных. Некоторым перенесшим инсульт свойственно безразличное отношение к своему состоянию, ухудшение внимания, восприятия, мышления, памяти. И это объясняется не ленью, а поражением определенных областей мозга.

Помимо физических недомоганий и других непосредственных проявлений инсульта, больной испытывает и нравственные страдания: тяжело переживает разрыв с привычным образом жизни; ощущает стыд за свое беспомощное состояние; страх оказаться обузой для родных; тревогу, что останется инвалидом навсегда; тоску от неподвижности и изоляции... Многие больные болезненно переживают свою зависимость от окружающих. Все перечисленные причины могут привести к возникновению депрессии у больного.

Депрессия-это снижение эмоционально-волевого фона, которое затрагивает весь организм Это выражается в том, что угнетаются почти все физиологические функции организма (снижается аппетит, температура тела, появляются запоры, мышечная слабость, нарушается сон и т.д.), появляется апатия, негативные ожидания от будущего: человек не верит в свое выздоровление, теряет интерес к жизни, и, в частности, к восстановительным упражнениям, огорчает своих близких раздражительностью и подчас грубым, сварливым поведением. Теперь уже депрессия, вызванная болезнью, сама является препятствием для выздоровления — ведь больной не предпринимает усилий к восстановлению нарушенных функций, отталкивает помощь врачей и родственников. *(Практически все пациенты после тяжелых травм и заболеваний погружаются в депрессивное состояние и пребывают в нем длительное время, до двух и более лет.*

Депрессия приводит к снижению физической работоспособности, а также мотивации. Попытки доказать депрессивному пациенту необходимость лечебной гимнастики малопродуктивны, однако **конечный результат реабилитационных мероприятий полностью зависит от настойчивости пациента, сохранности воли и мыслительных способностей. Поэтому наиважнейшей задачей реабилитации является формирование мотивации к восстановлению и развитию своих способностей в целом и двигательного навыка в частности.)** Получается замкнутый круг, из которого необходимо

вырваться. Каким образом? С больным надо обязательно общаться. Обездвиженному человеку требуется моральная поддержка, контакт с внешним миром. **Не забывайте говорить с больным о его состоянии, отмечать малейшие успехи.** Выражайте свою любовь, свою уверенность в том, что ситуация изменится и он обязательно вернется к активной жизни. Если больной почти постоянно угрюм и раздражен, особенно важно постараться угадать и исполнить его маленькие желания.

Войдите в контакт с родственником, который перенес инсульт. Если у него нарушена речь или ему трудно произносить слова, выберите простой метод общения. Формулируйте вопросы так, чтобы на них можно было получить односложный ответ. При необходимости спокойно и негромко повторяйте вопросы (помните, ваш родственник не глухой), для облегчения понимания пользуйтесь жестами. Если больной внешне не реагирует на обращение, он, тем не менее, может все слышать, поэтому в его присутствии не говорите ничего лишнего. Не исправляйте речь больного, не обращайтесь с ним, как с маленьким ребенком. Этим вы можете травмировать его.

Необходимо помнить, что речь - это только маленькая часть языка как средства взаимопонимания. **Невербальное общение (жесты, мимика, прикосновения, пантомима) поможет наладить контакт с больным.** В большинстве повседневных ситуаций можно обходиться без опоры на речь. Хорошо известно, что мы можем легко общаться с детьми в возрасте до 4-5 лет, когда они еще только учатся правильно строить и использовать фразы. Воспоминания этого периода в нашей жизни помогут найти бесконечное число конкретных возможностей вновь ощутить радость взаимопонимания.

Если речевое общение с больным в какой-то мере сохранено, полезными будут следующие рекомендации.

Если больной использует необычное слово или звук для обозначения предмета, понятия или выражения своих мыслей (при условии, что речевые способности не восстанавливаются), можно принять этот новый термин или звук и пользоваться им.

Настаивая на употреблении больным правильного термина, можно вызвать раздражение или гнев. Многие пациенты с афазией быстро устанавливают связь с окружающими без опоры на речь. Они выражают свои чувства, используя жесты, звуки, особые слова.

При разговоре надо использовать простые короткие фразы. Не следует при этом повышать голос. Громкая речь иногда затрудняет понимание.

С некоторыми больными легче общаться письменно.

Если при разговоре с больными афазией не реагировать на их "язык", они могут перестать общаться. Такая же реакция может быть и в том случае, если заставлять их говорить на языке, который для них труден.

Иногда больные с афазией так быстро воспринимают невербальную коммуникацию, что легко переоценить их способность к пониманию. Поскольку многое из того, что Вы сообщаете больному, сопровождается стереотипными движениями и мимикой, больной может легко угадывать Ваши

пожелания, но не понимать речь. Проверить уровень понимания достаточно просто. Для этого надо говорить одно, а показывать противоположное. Например, если на улице хорошая погода, Вы можете улыбнуться, посмотрев в окно, и сказать: "Сегодня плохая погода и идет дождь, не правда ли?" Если Ваш собеседник улыбнется и кивнет Вам, это значит, что он реагирует на Ваше невербальное сообщение, а не на смысл Ваших слов. Цель указанного приема - оценить, насколько хорошо больной Вас понимает. Если Вы постоянно преувеличиваете его способность говорить или понимать речь, у него быстро возникнут растерянность и разочарование; они создадут преграды для дальнейшего обучения.

Неправильные логопедические приемы могут привести к серьезным отрицательным последствиям. Больной может разувериться в успешности обучения вообще и его активность резко снизится, вплоть до отказа от занятий. Поэтому родные и лица, ухаживающие за больным, должны иметь тесный контакт с врачом-логопедом и точно выполнять его рекомендации.

Для **восстановления словаря**, т. е. увеличения числа используемых слов сначала закрепляют какое-либо часто употребляемое слово, например "будешь", задавая такие вопросы:

- ты будешь обедать?
- ты будешь спать?
- ты будешь заниматься?

Затем задают специальные вопросы, провоцирующие ответ определенным словом, например "хочу":

- ты хочешь обедать? Хочу;
- ты хочешь спать? Хочу.

Таким образом, в словаре помимо слова "будешь" появится еще слово "хочу" и т. д.

Этими примерами мы хотим показать, что, с одной стороны, работа по восстановлению речи очень кропотлива, а с другой - что она проста и с ней вполне могут справиться родственники. Но при этом они должны всегда руководствоваться рекомендациями врача.

Как помочь пострадавшему от инсульта научиться самостоятельно обслуживать себя

Чтобы помочь больному ориентироваться в пространстве, **необходимо:**

- Чтобы больной смог различать правое и левое, предложите ему носить часы или браслет на левом запястье в качестве ориентира. Кроме этого, можно сделать метки на ботинках, штанинах брюк или рукавах свитера. Для меток можно использовать наклейки из цветной ленты.

- Если у больного возникают трудности с ориентацией в пространстве, начертите или обозначьте цветными точками путь, по которому больной ежедневно передвигается в туалет. Не загромождайте пространство вокруг больного множеством вещей; на ночном столике держите только несколько предметов. Можно также предусмотреть плакаты со стрелками и разъясняющими надписями.

- Если больному трудно одеваться, посоветуйте ему застегивать пуговицы на рубашке или на блузке снизу вверх. Некоторым людям так легче попасть в петли для пуговиц.

- Чаще хвалите. Независимо от успехов хвалите близкого человека за старания. Неодобрительное отношение может лишить его желания добиваться чего-либо. При правостороннем инсульте больной будет понимать слова одобрения. Если инсульт поразил левую сторону, больному должен реагировать на физическое одобрение, например на похлопывание по спине.

- Убедите больного пользоваться неповрежденными конечностями для разработки пострадавшей стороны тела.

- Научите больного причесываться, есть, одеваться и умываться самостоятельно. Делайте это постепенно, помогая ровно столько, сколько необходимо больному, уменьшая постепенно роль помощника. При необходимости используйте вспомогательные средства – специальная посуда, утяжелители, нескользящие коврики, вертикализаторы, валики для удержания позы и др.)

- Обеспечьте больного приспособлениями, которые могут понадобиться ему в период реабилитации, например, для опоры при ходьбе, поручнями для туалета и др.

- Если требуется восстановить речь, убеждайте больного начать занятия как можно раньше и выполнять все указания специалиста по лечению расстройств речи.

- Проследите, чтобы перенесший инсульт человек регулярно посещал врача.

Как предотвратить падение больного ?

Следующие меры помогут снизить риск падения у пациентов, перенесших инсульт. Практика показывает, что более 60% падений происходят при невыполнении этих мер предосторожности.

- необходимо предусмотреть использование осветительных приборов, так, чтобы путь больного в темное время суток не имел тёмных участков;

- обратите внимание на доступность выключателей этих осветительных приборов;

- используйте в ванной специальные коврики с покрытием против скольжения, целесообразно оборудовать специальный стул, чтобы не принимать душ стоя;

- больному лучше перемещаться по дому в удобной обуви, а не в носках;

- предусмотрите хранение наиболее востребованных вещей на удобной для больного высоте;

- проверяйте любые назначения врача (например, при лечении ОРЗ) на наличие в качестве побочного действия головокружений;

- если больной почувствовал приступ головокружения в положении стоя/сидя, необходимо сесть/сохранять положение до окончания приступа;

- будьте дружелюбны с больным, покажите, что всегда готовы оказать ему помощь;
- ни при каких обстоятельствах больному нельзя допускать спешки.

Помимо собственных усилий необходима профессиональная помощь психолога и врачей - невропатолога или психиатра. Психотерапия депрессивных расстройств продолжительна, от полугода и более, она заключается в назначении медицинских препаратов в комплексе с психотерапевтической помощью. Отнеситесь серьезно к назначениям врача и рекомендациям психолога, **ведь выздоровление начинается с выхода из состояния депрессии и появления воли к жизни.**

Мы уже упоминали о том, что инсульт резко меняет жизнь не только больного, но и его домочадцев. Они переживают случившееся не меньше, а часто и больше самого пациента. На плечи родственников внезапно обрушивается огромная дополнительная нагрузка: в первый месяц они разрываются между домом, службой и посещениями больницы, затем, после выписки, начинается освоение нелегкой работы ухода за лежачим больным.

Если восстановление нарушенных функций у пациента затягивается, долго не возвращаются свобода движений, память, речь, навыки самообслуживания, то у родственников больного накапливается хроническая усталость: и эмоциональная, и физическая, и так называемая «усталость от ответственности». Как и сам пациент, ухаживающий за ним член семьи, переживает гнетущее чувство тревоги, а порой его тоже покидает надежда на возвращение к прежней жизни, которая теперь, издали, кажется благополучной и беззаботной...

Существует множество правил и приемов, которые помогут вам бороться со стрессом и усталостью. Вот некоторые из них:

"Загнанных лошадей пристреливают". Если вы почти на пределе, остановитесь и отдохните. Этим простым правилом многие, как ни странно, пренебрегают, не давая себе передышки до тех пор, пока усталость буквально не сваливает с ног. Между тем перерывы, перекуры, перемены и выходные значительно повышают эффективность любой деятельности.

Обращайтесь за помощью к другим людям В том, чтобы попросить помощи в тяжелой ситуации, нет ничего позорного. Помощь бывает самой разной — соседка или подруга может посидеть с больным, пока вы отдыхаете, сходить в магазин или аптеку. Кто-то из знакомых или благотворительная организация, возможно, поможет с медикаментами или средствами по уходу за больным.

Находите способы отвлечься от тягостных мыслей и повысить себе настроение Когда травмирующая ситуация продолжается месяцами, особенно важно умение радоваться мелочам жизни. Учитесь "выключать" поток негативных размышлений. Осознавайте то хорошее, что всегда есть вокруг вас — вкус пищи, вид из окна, звуки любимой музыки и радость оттого, что

очередной трудный день, наконец, завершен... Дарите себе маленькие подарки, выбирайтесь в гости — это поможет вам продержаться.

Используйте традиционные способы снятия напряжения Среди них — пешие прогулки, разнообразные водные процедуры, занятия спортом, йогой и медитацией, точечный массаж, ароматерапия, прием успокаивающих травяных сборов и прослушивание кассет с записями для релаксации. Многих успокаивает вязание или перебирание четок. Применяйте методики самовнушения и аутотренинга. Занятия могут отнимать всего несколько минут в день (перед сном и сразу после пробуждения), но эффект вы почувствуете обязательно.

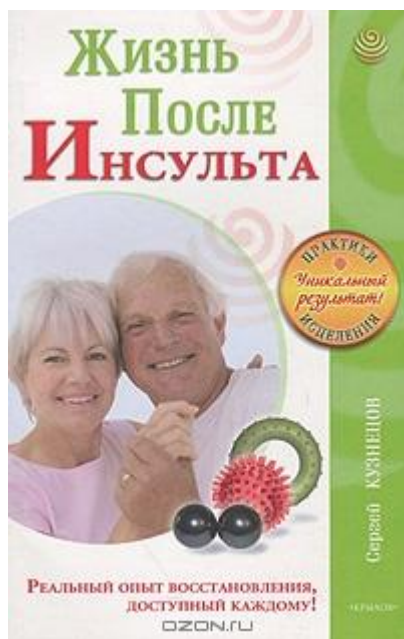
Подберите для себя комплекс витаминов, адаптогенов, общеукрепляющих и иммуностимулирующих препаратов. К вашему организму и, в частности, к нервной системе жизнь сейчас предъявляет повышенные требования. Поэтому, вам необходима дополнительная поддержка. В любой аптеке вы найдете достаточный ассортимент витаминных и общеукрепляющих средств. Выберите из них наиболее подходящие для себя.

Сохраняйте оптимизм. Все вышеперечисленные методы помогут вам только в том случае, если вы сознательно будете настраивать себя на победу. Конечно, периодически чувства безнадежности, раздражения и даже неприязни к больному могут охватывать и самого терпеливого человека, и не стоит осуждать себя за них. Важно только не оставаться в этих состояниях надолго, а упрямо возвращать себя к доброжелательности, терпению, выдержке и оптимизму.

Обратитесь за профессиональной помощью к психологу. Ситуация, в которой вы оказались, является кризисной и требует от вас максимального напряжения. Обращение за профессиональной помощью не свидетельствует о слабости, а является адекватной оценкой реальности. Помните: от вашего внутреннего состояния зависит не только ваше физическое и психическое здоровье, но и выздоровление ваших близких.

Подберите литературу, помогающую преодолеть создавшуюся ситуацию. Например «Жизнь после инсульта» Сергей Кузнецов.

Эта книга написана человеком, перенесшим инсульт в тяжелой форме. Его мужество и настойчивость, нежелание смириться с инвалидностью совершили чудо: Сергей Викентьевич Кузнецов смог вернуться к активной жизни в довольно короткие сроки. Его уникальный опыт станет поддержкой каждому. Первые дни после инсульта: что нужно делать? Можно ли предупредить опасные последствия удара? Как восстановить двигательные функции и речь? У вас или близкого вам человека случился инсульт? Не отчаивайтесь, у вас есть надежда. На любой стадии постинсультного состояния восстановление здоровья возможно.



Заключение

В организации социальной работы с больными инсультом необходимо учитывать всю специфику их социального статуса не только в целом, но и каждого человека в отдельности, их нужды, потребности, биологические и социальные возможности, определенные региональные и другие особенности жизнедеятельности.

Для социального работника чрезвычайно большое значение имеет также целый ряд факторов социального и психологического характера, связанных с образом и уровнем жизни инсультников, положением в семье, возможностью и желанием трудиться, состоянием здоровья, социально-бытовыми условиями и др.

Для того чтобы успешно работать с людьми, перенесшими инсульт, социальному работнику нужно знать их социально-экономическое положение, особенности характера, материальные и духовные потребности, состояние здоровья, быть хорошо осведомленным о достижениях науки и практики в этом направлении. Изменение социального статуса человека при инвалидизации, как показывает практика, прежде всего, негативно сказывается на его моральном и материальном положении, отрицательно влияет на психическое состояние, снижает его сопротивляемость к заболеваниям и адаптацию к изменениям окружающей среды.

Больные инсультом имеют право на полноценную жизнь, а это возможно лишь в том случае, если они сами принимают деятельное участие в решении касающихся их вопросов, когда у них есть свобода выбора.

Вместе с тем терапевтические модели, образующие фундамент практической работы с инсультниками, должны использовать три принципа:

- 1) изучение индивида в его социальной среде;
- 2) понимание психосоциального становления и развития личности как пожизненного процесса;

3) учет социокультурных факторов формирования и развития индивида. Разумеется, разные теории в разной степени соответствуют каждому из названных принципов.

Как правило, жизнь человека, перенесшего инсульт не богата разнообразными событиями. Однако эти события заполняют собой все его индивидуальное пространство и время. Так, приход врача — это событие, которое может заполнить весь день. Поход в магазин тоже событие, к которому предшествует тщательная подготовка. Иными словами, происходит гипертрофированность, "растягивание" событий.

В социальной работе с такими людьми используются разнообразные формы и методы. Это и социальное обслуживание на дому, и срочная социальная помощь, и адресная социальная защита и так далее. В этой системе функционируют различные учреждения, в частности, центры социального обслуживания, отделения дневного пребывания.

Сущность социальной работы с больными инсультом — социальная, психологическая и медицинская реабилитация. В данном случае такая реабилитация — это восстановление в привычных обязанностях, функциях, видах деятельности, характере отношений с людьми. Главное для социального работника это превращение пациента из объекта (клиента) социальной работы в ее субъекта. Преодоление, смягчение невостремованности происходит на основе собственного житейского, профессионального, семейного опыта.

Созданная нами **программа по улучшению качества жизни людей, перенесших состояние инсульта, направлена на:**

- Повышение уровня психологического благополучия больных инсультом;
- Эффективную интеграцию инсультников в социум, установление новых социальных связей;
- Создание условий для оказания соответствующей социально-психологической помощи;
- Формирование внутренней картины болезни.

Предполагается получение **следующих практических результатов:**

- Усовершенствование работы службы социально-психологической помощи, курирующих пациентов с таким заболеванием;
- Определение мотивационно-потребностной сферы больных инсультом людей для последующего оказания психологической помощи;
- Повышение уровня психологического благополучия соответствующих пациентов.

В связи с поставленными нами задачами и ожидаемыми результатами можно подвести следующий итог: программа будет способствовать созданию дополнительных условий для обеспечения социальной защищенности больных инсультом людей; программа предусматривает проведение мероприятий по улучшению качества жизни инсультников, укрепление материально-технической базы учреждений социального обслуживания.

Приложения

Приложение 1.

1. Структура и продолжительность работы на программно-аппаратных комплексах.

Обучение работе с программно-аппаратным комплексом «Экватор»;

Задачи:

- профилактика стрессовых нарушений;
- коррекция нарушений памяти и внимания;
- создание благоприятных условий нервно-психического состояния;
- коррекция и реабилитация при постстрессовых состояниях;
- подготовка к работе в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок.

Предполагаемые результаты:

- снижение общего напряжения,
- улучшение периферического кровообращения и кровоснабжения головного мозга,
- нормализация функционального и психоэмоционального состояния.

Описание:

- 1.Запуск программы.
2. Присоединение датчиков.
3. Регистрация.
- 4.Выбор параметров
- 5.Диагностика.
6. Психофизиологический тренинг.

Содержание программы:

Диагностика (от 3 до 10 мин. в зависимости от этапа обучения):

- первичная диагностика для оценки параметров периферической температуры с целью выявления особенностей психофизиологического и психоэмоционального состояния и определения индивидуальной тактики обучения

- диагностика фонового состояния для отслеживания повышения средних значений периферической температуры от сеанса к сеансу

- заключительная диагностика для оценка динамики изменений и эффективности работы по программе

Информационно-практические занятия (1-2 первых занятия по 45 мин. с целью формирования мотивации на обучение):

- ознакомление с воздействием на организм различных стрессовых нагрузок и основами саморегуляции;

- знакомство с технологией биоуправления, демонстрация различных методов релаксации (прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, визуализация, различные упражнения на расслабление и др.);

- знакомство с биокомпьютерным тренажером «Экватор», обеспечивающим разнообразные виды (сигналы) обратной связи.

Психофизиологический тренинг (8-12 занятий по 10 -20 мин):

Во время сеанса индикатор «Терм -01» регистрирует температуру с помощью термодатчика, фиксируемого на подушечке среднего пальца ведущей руки. На экран монитора выводится изменяющаяся текущая температурная кривая. Колебания температуры рассматриваются как показатель изменений симпатической сосудосуживающей активности и концентрации циркулирующих вазоактивных субстанций в состоянии покоя и стресса.

Для обучающегося полученная информация преобразуется в понятный вид - сигналы обратной связи в виде графиков, картинок, звуков или сюжета на экране монитора. При правильном выполнении тренировочных заданий происходит их определенное изменение. Таким образом, человек получает возможность оценить, какие именно телесные ощущения связаны с нужными изменениями, и начинает воспроизводить их не случайным образом, а произвольно. В ходе тренинга происходит:

- осознание своих возможностей в регуляции функционального состояния и постановка навыка произвольного управления периферической температурой (2-3 занятия);

- выработка устойчивого навыка периферической терморегуляции (3-4 занятия);

- закрепление навыка и формирование тактики эффективного поведения в проблемных ситуациях (отработка индивидуально значимых стрессовых ситуаций) (3-5 занятий).

Программное обеспечение позволяет вести индивидуальные карты обучающихся, создавать базу данных с результатами всех проведенных тренировок.

Длительность занятий психофизиологического тренинга рекомендуется в соответствии с возрастными нормами работы за компьютером.

Возможна как индивидуальная, так и групповая форма работы.

Рекомендуемое количество участников группового обучения- 3-5 человек, для повышения эффективности групповой работы первые 2-3 сеанса психофизиологического тренинга необходимо проводить в индивидуальном режиме.

Что дает программа "Экватор"?

Освоение навыка обеспечивает как физиологические, так и психологические эффекты:

- существенно снижается общее напряжение
- улучшается периферическое кровообращение и кровоснабжение головного мозга

- нормализуются функциональное и психоэмоциональное состояния

Эффективность программы отмечается при решении многих актуальных задач:

- профилактика стрессовых нарушений
- коррекция нарушений памяти и внимания
- создание благоприятных условий для нервно-психического развития
- коррекция и реабилитация при постстрессовых состояниях

Программа «Экватор»:

- с 1999 года успешно реализуются в учреждениях системы образования и социальной защиты населения, в санаторно-курортных и оздоровительных центрах более чем 50 регионов Российской Федерации;

- является автономной, но абсолютно совместима с любой образовательной, профилактической, коррекционной или лечебно-оздоровительной программой;

- при комплексном решении психопрофилактических задач органично входит в состав проекта антистрессового тренинга и может быть совместима с другими программами данного проекта - «Волна».

При необходимости проведения углублённой индивидуальной психопрофилактической, развивающей или коррекционной работы рекомендуется использовать программу «Комфорт», предоставляющую уникальную возможность одновременного мониторинга нескольких физиологических параметров в режиме реального времени.

Комплект: индикатор компьютерный «Терм-01» для регистрации периферической температуры, программное обеспечение (ПО) на двух CD; методическое пособие с рекомендациями по алгоритму работы.

ВАЖНО: работу с биотренажером «Экватор» следует совместить с обучением технике аутогенной тренировки.

2. Обучение работе с программно-аппаратным комплексом «Волна»;

Задачи:

- обучение навыкам саморегуляции посредством диафрагмального дыхания,
- профилактика и коррекция психофизиологических и психоэмоциональных нарушений

Предполагаемые результаты:

- уравнивание процессы возбуждения и торможения;
- снижение избыточной нагрузки на сердечно-сосудистую систему;
- активизация обмена веществ;
- улучшение кровоснабжения головного мозга;
- снижение заболеваемости;
- повышение концентрации внимания и работоспособности, произвольного контроля поведения;
- нормализация психоэмоционального состояния;
- улучшение общего фона настроения, повышение самооценки.

Форма проведения: индивидуальная/групповая

Описание:

1. Запуск программы
2. Присоединение датчиков
3. Регистрация

4.Выбор параметров

5.Диагностика

6. Психофизиологический тренинг.

Содержание программы:

Диагностика /от 2 до 7 мин. в зависимости от этапа обучения/:

- первичная диагностика для оценки параметров дыхания и показателей деятельности сердечно-сосудистой системы с целью выявления особенностей психофизиологического и психоэмоционального состояния и определения индивидуальной тактики обучения дыханию

- диагностика фонового состояния для отслеживания процесса изменения характера дыхания и закрепления навыка от сеанса к сеансу.

- заключительная диагностика для оценки динамики изменений и эффективности работы по программе

Информационно-практические занятия /2-3 первых занятия по 30-40 мин. с целью формирование мотивации на обучение/:

- ознакомление с различными типами дыхания и механизмами их воздействия на организм

- формирование представления об основах саморегуляции и возможностях произвольного управления дыханием

- знакомство с технологией биоуправления и биокомпьютерным тренажером «Волна», обеспечивающим разнообразные виды (сигналы) обратной связи.

Психофизиологический тренинг /8-12 занятий по 15-25 мин./:

Во время сеанса обучения диафрагмальному дыханию прибор «Волна-03» регистрирует кардиосигнал (R - зубцы) с помощью кардиодатчиков, фиксируемых на запястьях. На экран монитора выводится изменяющаяся текущая пульсограмма. С помощью программной обработки характеристик кардиосигнала по изменению длительности дыхательной волны регистрируются параметры дыхания и временной функции дыхательного цикла. Это позволяет методисту оценить основные параметры работы кардиореспираторной системы, нагрузку, которая она испытывает, синхронность деятельности сердца и дыхательной системы.

Для обучающегося полученная информация преобразуется в понятный вид - сигналы обратной связи в виде графиков, картинок, звуков или сюжета на экране монитора. При правильном выполнении тренировочных заданий происходит их определенное изменение. Таким образом, в режиме реального времени человек получает возможность оценить, какие именно телесные ощущения связаны с нужными изменениями, и начинает воспроизводить их не случайным образом, а произвольно.

В процессе тренинга происходит:

- освоение техники диафрагмального дыхания как способа синхронизации сердечной и дыхательной деятельности (2-3 занятия)

- обучение и выработка устойчивых навыков диафрагмального дыхания (3-4 занятия)

- закрепление навыка, формирование тактики эффективного поведения в проблемных ситуациях (отработка индивидуально значимых стрессовых ситуаций) (3-5 занятий)

Программное обеспечение позволяет вести индивидуальные карты обучающихся, создавать базу данных с результатами всех проведенных тренировок.

Длительность занятий психофизиологического тренинга рекомендуется с учетом возрастных и физических ограничений работы за компьютером.

Возможна как индивидуальная, так и групповая форма работы.

Рекомендуемое количество участников группового обучения - 3-5 человек, для повышения эффективности групповой работы первые 2-3 сеанса психофизиологического тренинга необходимо проводить в индивидуальном режиме.

Что дает программа "Волна"?

Освоение навыков саморегуляции с помощью диафрагмального дыхания формирует новое состояние организма как на физиологическом, так и на психологическом уровне:

- уравниваются процессы возбуждения и торможения
- снижается избыточная нагрузка на сердечно-сосудистую систему
- активизируется обмен веществ
- улучшается кровоснабжение головного мозга
- снижается заболеваемость
- повышается концентрация внимания и работоспособность, произвольный контроль поведения
- нормализуется психоэмоциональное состояние
- улучшается общий фон настроения, повышается самооценка

Программа «Волна»:

- с 1999 года успешно реализуются в учреждениях системы образования и социальной защиты населения, в санаторно-курортных и оздоровительных центрах более чем 50 регионов Российской Федерации

- является автономной, но абсолютно совместима с любой образовательной, профилактической, коррекционной или лечебно-оздоровительной программой

- при комплексном решении психопрофилактических задач органично входит в состав проекта антистрессового тренинга и может быть совместима с другими программами данного проекта - «Экватор».

При необходимости проведения углублённой индивидуальной психопрофилактической, развивающей или коррекционной работы рекомендуется использовать программу «Комфорт», предоставляющую уникальную возможность одновременного мониторинга нескольких физиологических параметров в режиме реального времени.

Комплект: индикатор компьютерный «Волна-03»** для регистрации пульса; программное обеспечение (ПО) на двух CD; методическое пособие с

рекомендациями по алгоритму работы; руководство пользователя; учебно-методические пособия «Техники здоровья» с конспектами информационно-практических занятий.

3. Обучение работе с программно-аппаратным комплексом «Комфорт»;

Задачи:

- оптимизация функционального состояния;
- повышение адаптационных возможностей;
- профилактика психосоматических заболеваний;
- профилактика и коррекция психоэмоциональных нарушений;
- профилактика и коррекция отклонений личностного развития;
- обучение эффективным навыкам саморегуляции, антистрессовая подготовка;
- контроль за функциональным состоянием.

Предполагаемые результаты:

Разнообразие режимов работы существенно расширяет сферу практического применения программы и даёт объективную информацию о достигаемых результатах после каждого занятия:

Режим обучения дыханию.

- обучение мышечному расслаблению,
- снятие излишнего эмоционального напряжения,
- обучение снижению уровня стресса,
- постановка речевого дыхания.

Режим Кардио-ФБУ:

- усвоение навыка диафрагмально-релаксационного дыхания,
- достижение оптимального функционального состояния,
- навык речевого дыхания.

Режим ЭМГ-ФБУ и ЭМГ- «Джекобсон»:

- формирование навыка общей мышечной и психоэмоциональной релаксации,
- восстановление мышечного чувства,
- обучение координированному управлению мышечным напряжением.

Режим температурного биоуправления:

- обучение навыку произвольного повышения периферической температуры,
- улучшение периферического кровоснабжения, в том числе и головного мозга
- нормализация вегето-сосудистых реакций, купирование сосудистых спазмов.

Форма проведения: индивидуальная

Описание:

1. Запуск программы.
2. Присоединение датчиков.
3. Регистрация.
4. Выбор параметров
5. Диагностика.
6. Психофизиологический тренинг.

Содержание программы:

Диагностика /от 2 до 15 мин. в зависимости от этапа обучения и заданных параметров/:

- **первичная диагностика** для оценки психофизиологического и психоэмоционального состояния обучающегося, его индивидуально-психологических особенностей (по цветовому тесту М. Люшера и методики сенсорных предпочтений), определения зоны риска и ресурсов, выбора индивидуальной тактики работы образовательно-профилактического или коррекционно-развивающего характера

- **диагностика фонового состояния** для отслеживания эффективности каждого сеанса

- **заключительная диагностика** для оценки изменения психофизиологического состояния в результате курса

Психофизиологический тренинг /профилактика - 8-12 занятий по 15-25 мин.; коррекция - 10-15 занятий по 15-25 мин./:

Во время сеанса по программе «Комфорт» прибор «МиКарТ» регистрирует с помощью специальных датчиков, фиксируемых определенным образом, несколько параметров: периферическую температуру; кардиосигнал (R - зубцы); кривую дыхания; миограмму (ЭМГ-графическое изображение биоэлектрической активности мышц). Полученная информация обрабатывается на компьютере и преобразуется в понятный для обучающегося вид - сигналы обратной связи. При правильном выполнении тренировочных заданий происходит их определенное изменение. Таким образом, человек получает возможность оценить, какие именно телесные ощущения связаны с нужными изменениями, и начинает воспроизводить их не случайным образом, а произвольно.

Обеспечивая одновременный мониторинг нескольких психофизиологических параметров, программа «Комфорт» реализует разнообразие режимов обучения, что существенно расширяет сферу ее применения.

Режим «Кардио-ФБУ» - тренируется устойчивый навык диафрагмального дыхания.

Режим «Температурное биоуправление» - формируется навык произвольного повышения периферической температуры.

Режим «Лого» - отрабатывается постановка речевого дыхания; тренируется звукопроизношение при оптимизации дыхательной функции; оптимизируется темп, ритм и мелодичность речи или корректируется в случае ее нарушений, заикания, логоневрозов; достигается снижение физиологической цены речи.

Режим «ЭМГ-ФБУ» - вырабатывается навык общей мышечной и психоэмоциональной релаксации; развивается или восстанавливается мышечное чувство; тренируется навык координированного управления мышечным напряжением.

Режим «ЭМГ- «Джекобсон» - осваивается метод прогрессивной мышечной релаксации (попеременное напряжение-расслабление одной и той же мышцы или групп мышц в соответствии с сигналом обратной связи).

Мониторирование параметров, не используемых непосредственно в рабочих сеансах, позволяет оценить правильность выполнения навыка и степень его закрепления, а обучение во всех доступных режимах формирует свой собственный индивидуальный навык оптимизации состояния, включающий управление всеми значащими параметрами организма.

Программное обеспечение позволяет вести индивидуальные карты обучающихся, формирует базу данных с результатами всех проведенных тренировок.

Что дает программа «Комфорт»?

- обеспечивает благоприятные условия для восстановления функциональных способностей и успешной адаптации в постинсультном состоянии, осуществляет коррекцию речевых нарушений;

- оказывает помощь в решении таких задач как повышение концентрации внимания, работоспособности, произвольного контроля поведения, самооценки, снижение психоэмоционального напряжения, обеспечение психологической поддержки в кризисные периоды;

- позволяет осуществлять комплексную коррекцию различных нарушений;

- в условиях оздоровительных и лечебно-профилактических учреждений создает условия для основного лечения, снижает психоэмоциональную нагрузку, укрепляет защитные силы организма.

Программа используется в работе с детьми, начиная с трехлетнего возраста, подростками, взрослыми. Верхний предел возраста не ограничен!

При работе со взрослыми людьми **программа «Комфорт» обеспечивает:**

- специальную антистрессовую подготовку;
- контроль за функциональным состоянием;
- процесс психологической разгрузки и восстановления;
- сопровождение лечения психосоматических и нервно-психических расстройств

Программа «Комфорт»:

- с 1999 года успешно реализуются в учреждениях системы образования и социальной защиты населения, в санаторно-курортных и оздоровительных центрах более чем 50 регионов Российской Федерации

- является автономной, но абсолютно совместима с любой образовательной, профилактической, коррекционной или лечебно-оздоровительной программой

Комплект: индикатор компьютерный мультипараметрический «МиКарТ»; программное обеспечение (ПО) на CD; методическое пособие с рекомендациями по алгоритму работы.

1. Вводное ознакомительное и диагностическое занятие (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

1. Знакомство с программой и целью ее применения;
2. Диагностика особенностей психофизиологического и психоэмоционального состояния, определение индивидуальной тактики обучения дыханию. Проводится диагностический сеанс, в ходе которого оцениваются параметры дыхания и показатели деятельности сердечнососудистой системы.

2. Информационно-практическое занятие (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 30- 40 минут).

1. Формирование мотивации на работу по программе;
2. ознакомление с возможностями саморегуляции.

3. Постановка диафрагмального дыхания (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

1. Выработка навыка диафрагмального дыхания.

4. Постановка диафрагмального дыхания (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

1. Выработка навыка диафрагмального дыхания.

5. Обучение диафрагмальному дыханию (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

Выработка устойчивого навыка диафрагмального дыхания;

1. формирование нового оптимального функционального состояния.

6. Обучение диафрагмальному дыханию (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

1. Выработка устойчивого навыка диафрагмального дыхания;
2. формирование нового оптимального функционального состояния.

7. Обучение диафрагмальному дыханию (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

1. Выработка устойчивого навыка диафрагмального дыхания;
2. формирование нового оптимального функционального состояния.

8. Закрепление навыка диафрагмального дыхания (мини-группа или индивидуальное занятие, длительность 15 минут).

1. Закрепление навыка дыхания;
2. проведение коррекционной работы по формированию тактики эффективного поведения в проблемных ситуациях (при необходимости).

9. Закрепление навыка диафрагмального дыхания (мини-группа, длительность 15 минут).

1. Закрепление навыка дыхания;

2. проведение коррекционной работы по формированию тактики эффективного поведения в проблемных ситуациях (при необходимости).

10. Заключительная диагностика (мини-группа, длительность 15 минут).

1. Закрепление навыка дыхания;
2. проведение коррекционной работы по формированию тактики эффективного поведения в проблемных ситуациях (при необходимости);
3. проведение заключительного диагностического сеанса.

Приложение 2

Протокол нейропсихологического обследования

Дата _____

Ф.И.О. больного _____

Дата рождения _____

Группа инвалидности (если есть) _____

Диагноз _____

Жалобы на самочувствие на момент обследования _____

Особенности поведения во время обследования _____

Обработка результатов:

Речевые нарушения _____

РЕЧЬ

Фонематический слух

Б М Р Д К С

ОУЭ ИЭА АОУ

дизъюнктивные фонемы М-Р П-С Б-Н

оппозиционные фонемы Б-П П-Б Т-Д Д-Т К-Г Г-К

серии дизъюнктивных фонем Б-Р-К М-С-Д

серии коррелирующих фонем П-Б-П Т-Д-Т- Д-Т-Д

конъюнктивные фонемы Д-Л-Н К-Г-Х Б-М-П

для выявления персевераций БИ-БА-БО БО-БА-БИ БА-БИ-БО

Номинативная функция речи **покажите:** нос, рот, ухо, бровь-щека-глаз, подбородок - ухо-нос.

Объясните значение слов: мокрица, заусеница, мадригал

Повторите: забор, запор-собор, мочка-точка-дочка

Четкость произношения: щеколда, устрица, кораблекрушение, пиастры, сыворотка из-под простокваши

Фонематический анализ:

сколько слогов - ОКНО, ЯКОРЬ, КОНЬКИ, ЛЮСТРА, НОЖНИЦЫ

какая первая и последняя буква - ДОМ, СПОРТ, УСПЕХ

Четвертый лишний (альбом):

Понимание простых команд:

Закройте глаза, поднимите руку, посмотрите в окно, возьмите ручку и положите ее справа от себя

Понимание флективных отношений:

Покажите: ручку карандашом, карандаш ручкой, карандашом ручку

Положите ручку под тетрадь
Положите тетрадь на ручку
Положите ручку в тетрадь, но под книгу

Понимание интровертированных предложений:

Я позавтракал после того, как прочитал газеты. Что я сделал раньше?
Я стал купаться после того, как установилась жаркая погода. Что я сделал позже?

Автоматизированная речь:

Перечислить месяцы в году по порядку
Перечислить дни недели по порядку

Монологическая речь:

Хотела галка пить. Во дворе стоял кувшин с водой, но воды в нем было мало, только на дне. Тогда галка стала бросать в кувшин камешки, вода поднялась и галка смогла напиться.

ПРАКСИС

БЛОК 1. Конструктивный. Нарисуйте (дается вербальная инструкция):

ЗВЕЗДА ДОМИК КУБИК РОМАШКА ЛИЦО СТОЛ

Срисуйте с образца (дается образец):

КУБ ПИРАМИДА УСЕЧЕННАЯ ПИРАМИДА

БЛОК 2. Динамический.

Правая рука

Левая рука

-Р-Л

-К-Л

Проба на реципрокную координацию

БЛОК 3. Оральный праксис: высунуть язык, надуть щеки, язык за нижнюю губу, цокать, шелкать, цокать+шелкать

БЛОК 4. ОРИЕНТИРОВКА В ПРОСТРАНСТВЕ

Части света (показать на листе бумаги относительно точки «север»):

ЮГ ЗАПАД ВОСТОК ЮГО-ЗАПАД ЮГО-ВОСТОК СЕВЕРО-ВОСТОК

Карта (показать расположение городов относительно точки «Москва»):

ПИТЕР МУРМАНСК ВЛАДИВОСТОК

КРЫМ ГЕРМАНИЯ ЯПОНИЯ

«Слепой» циферблат: 1 2 3 4 5 6

БЛОК 5. СХЕМА ТЕЛА

Позы пальцев по образцу без зрительного контроля:

ПРАВАЯ: 1+2 1+4 1+3 2и3 X коза

ЛЕВАЯ: 1+3 1+5 X 1+2 коза 2и3

Пробы Хеда:

Рука-
щека

Рука-
губа

Рука-
лоб

Рука
-подбородок

Пальцы-
подбородок

Ребро
-подбородок

Правая рука

Левая рука

БЛОК 6. ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГНОЗИС

Назовите, что вы здесь видите (альбом):

ПЕТУХ ЯБЛОКО ЛАМПА ЧАЙНИК БУТЫЛКА ЧАСЯ

Я буду называть вам по три предмета, а вы называйте их в том же порядке:

ЧЕМОДАН-ДИВАН-СКАМЬЯ ГРИБ-РЕМЕНЬ-ДИВАН

ТЕЛЕФОН-КЕПКА-ЧЕМОДАН

Покажите:

ВЕЛОСИПЕД-ОЧКИ-ПАЛЬТО ДЕРЕВО-ШКАФ-МЯЧ

ЗМЕЯ-ОЧКИ-КНИГА

Химеры:

Наложенные фигуры: 1 2 3 4 5 6

Недостающие предметы: ведро клещи лампочка весы чайник нож

БЛОК 7. ПИСЬМО

Под диктовку: А И У К П Щ

РА МАШ СТРА

Напишите: Свою фамилию имя отчество

Мишкина машина

Я еду на дачу

БЛОК 8. ЧТЕНИЕ

Покажите буквы: а е к т б л

Чтение вслух: к п н г т к

Узнавание «зашумленных» букв: 1 2 3

БЛОК 9. СЧЕТ

Название чисел: 2 17 71 1504 12007 1010

Письмо чисел: 9 21 117 711 1515 41042

Сложение и вычитание: $2+3$ $8-4$ $9-6$ $41-17$ $63-27$ $57+28$

Счет вслух: $6*7$ с 1 до 10 с 10 до 1

Решение задач:

1. В одной корзине 9 яблок, в другой в 4 раза больше. Сколько яблок во второй корзине? 36

2. На одной полке 6 книг, на другой на 5 книг больше. Сколько всего книг на полках? 17

3. На двух полках 18 книг. На одной в два раза больше, чем на другой. Сколько книг на каждой полке? 12 и 6

БЛОК 10. ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ

1 2 3 4 5 6

БЛОК 11. СЛУХОРЕЧЕВАЯ ПАМЯТЬ

1. РЫБА ПЕЧАТЬ ДРОВА РУКА ДЫМ ГВОЗДЬ

2. РЫБА ПЕЧАТЬ ДРОВА РУКА ДЫМ ГВОЗДЬ

3. РЫБА ПЕЧАТЬ ДРОВА РУКА ДЫМ ГВОЗДЬ

4. РЫБА ПЕЧАТЬ ДРОВА РУКА ДЫМ ГВОЗДЬ

$7*8=$ $33-16=$

5. РЫБА ПЕЧАТЬ ДРОВА РУКА ДЫМ ГВОЗДЬ

задача:

6. РЫБА ПЕЧАТЬ ДРОВА РУКА ДЫМ ГВОЗДЬ

БЛОК 12. МОДАЛЬНО-НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ

1. ДОМ ЛЕС КОТ НОЧЬ ИГЛА ПИРОГ

2. ДОМ ЛЕС КОТ НОЧЬ ИГЛА ПИРОГ

3. ДОМ ЛЕС КОТ НОЧЬ ИГЛА ПИРОГ

4. ДОМ ЛЕС КОТ НОЧЬ ИГЛА ПИРОГ

$31-16=$ $6*7=$

ДОМ ЛЕС КОТ НОЧЬ ИГЛА ПИРОГ

Счет от 100 по 7 = 93, 86 (затем вслух только результат) 79, 72, 58, 51, 44

ДОМ ЛЕС КОТ НОЧЬ ИГЛА ПИРОГ

БЛОК 13. ТАКТИЛЬНЫЙ ГНОЗИС

ПРАВАЯ: 2 x 0

ЛЕВАЯ: 7 4 +

БЛОК 14. МЫШЛЕНИЕ

Понимание смысла сюжетной картинки «Окно»

Трактование пословиц:

Не все то золото, что блестит

Куй железо пока горячо

Не плюй в колодец, пригодится воды напиться

Чем отличаются: ДЕВОЧКА И КУКЛА

ОЗЕРО И РЕКА

ВОРОНА И САМОЛЕТ

ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).						
Ф. и. о.						
Дата заполнения						
1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья						
(обведите одну цифру)						
Отличное	1					
Очень хорошее	2					
Хорошее	3					
Посредственное	4					
Плохое	5					
2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье <i>сейчас</i> по сравнению с тем, что было <i>год назад</i> .						
(обведите одну цифру)						
Значительно лучше, чем год назад	1					
Несколько лучше, чем год назад	2					
Примерно так же, как год назад	3					
Несколько хуже, чем год назад	4					
Гораздо хуже, чем год назад	5					
3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?						
(обведите одну цифру в каждой строке)						
	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает			
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3			
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3			
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3			
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3			
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3			
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3			
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3			
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3			
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3			
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3			
4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:						
(обведите одну цифру в каждой строке)						
	Да	Нет				
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2				
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2				

В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо <i>определенного вида</i> работ или другой деятельности.	1	2				
Г. Были <i>трудности</i> при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2				
5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего						
(обведите одну цифру в каждой строке)						
	Да	Нет				
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2				
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2				
В. Выполняли свою работу или другие.	1	2				
Дела не так <i>аккуратно</i> , как обычно						
6.Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение <i>последних 4 недель</i> мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?						
(обведите одну цифру)						
Совсем не мешало	1					
Немного	2					
Умеренно	3					
Сильно	4					
Очень сильно	5					
7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?						
(обведите одну цифру)						
Совсем не испытывал(а)	1					
Очень слабую	2					
Слабую	3					
Умеренную	4					
Сильную	5					
Очень сильную	6					
8.В какой степени боль <i>в течение последних 4 недель</i> мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?						
(обведите одну цифру)						
Совсем не мешала	1					
Немного	2					
Умеренно	3					
Сильно	4					
Очень сильно	5					
9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.						
(обведите одну цифру)						
	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6

Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6
10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?						
(обведите одну цифру)						
Все время	1					
Большую часть времени	2					
Иногда	3					
Редко	4					
Ни разу	5					
11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?						
(обведите одну цифру в каждой строке)						
	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно	
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5	
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5	
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5	
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5	
Опросник имеет следующие шкалы:						
1. Физическое функционирование (PF).						
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).						
3. Боль (P).						
4. Общее здоровье (GH).						
5. Жизнеспособность (VT).						
6. Социальное функционирование (SF).						
7. Эмоциональное функционирование (RE).						
8. Психологическое здоровье (MH).						
Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).						
Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.						
Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения		Возможный диапазон значений		
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30		20		
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8		4		
Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения		Возможный диапазон значений		
Боль (P)	7, 8.	2 – 12		10		
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25		20		
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24		20		
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10		8		

Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	03.июн	3
Психологическое здоровье (МН)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25
В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – производится обратный счет значений.			
Формула вычисления значений: [(реальное значение показателя) – (минимально возможное значение показателя)] : (возможный диапазон значений) * 100.			
Требования к представлению результатов:			
1. указание числа наблюдений для каждого признака;			
2. описательная статистика – М +/-SD, Me (LQ; UQ), % (n/N);			
3. точность результатов (оценки, Р); ДИ (для основных результатов исследования) и Р;			
4. указание на использованные статистические методы (параметрические и непараметрические) и статистические пакеты.			
Рекомендуемые статистические пакеты для обработки результатов – StatSoft Statistica			

ИНСТРУКЦИЯ: этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками.

Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ кружком. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

Описание шкал опросника качества жизни SF-36

1.Физическое функционирование (Physical Functioning - PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья (вопросы 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к).

2.Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) - влияние физического состояния на повседневную рольевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента (вопросы 4а, 4б, 4в, 4г).

3.Интенсивность боли (Bodily pain - BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента (вопросы 7, 8).

4.Общее состояние здоровья (General Health - GH) - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья (вопросы 1, 11а, 11б, 11в, 11г).

5.Жизненная активность (Vitality - VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности (вопросы 9а, 9д, 9ж, 9и).

6.Социальное функционирование (Social Functioning - SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (вопросы 6, 10).

7.Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния (вопросы 5, а, 5б, 5в).

8.Психическое здоровье (Mental Health - МН), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии (вопросы 9б, 9в, 9г, 9е, 9з).

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1. Физический компонент здоровья (Physical health - PH)

Составляющие шкалы:

- Физическое функционирование,
- Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием
- Интенсивность боли
- Общее состояние здоровья

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health - МН)

Составляющие шкалы:

- Психическое здоровье
- Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
- Социальное функционирование
- Жизненная активность

Приложение 4

Как облегчить процесс еды

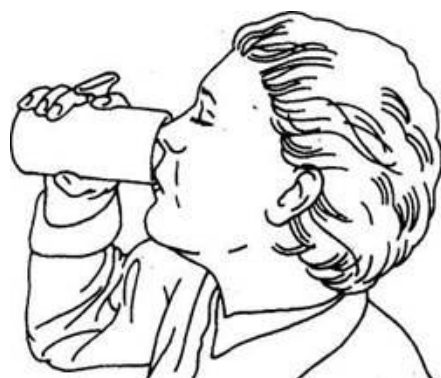
После перенесенного инсульта вам следует облегчить процесс еды, чтобы получать от нее удовольствие. Воспользуйтесь некоторыми нашими советами.

Стаканы и чашки

Пользуйтесь небьющимися пластиковыми стаканами. Пластик легче стекла и не такой скользкий. Чтобы было легче удерживать в руках стакан, можно натянуть на него полоски из махровой ткани.

Подберите также специальную чашку, например с двумя ручками. Такую чашку удобнее удерживать в нужном положении. Можно пользоваться чашкой с подставкой или с Т-образной ручкой, которую легче сжимать в руке. Если вы будете пользоваться чашкой с утяжеленным основанием, то вам не придется беспокоиться по поводу пролитой жидкости.

Чашка с Т-образной ручкой и утяжеленным основанием



При ригидности затылочных мышц вам будет удобно пользоваться чашкой с V-образным вырезом по краю. Тогда вы сможете без труда выпивать все содержимое чашки, не напрягая шею.

Если руки вас не очень слушаются, вам может понравиться чашка с большой ручкой или со специальной крышечкой, не дающей жидкости проливаться. Чтобы случайно не обжечься, пользуйтесь чашкой, которая не нагревается.

Чашка с V-образным вырезом



Соломинки для питья

Гибкие или жесткие соломинки для одноразового и многоразового использования бывают самых разных размеров. Через широкие соломинки можно пить суп и густые жидкости. Чтобы удержать соломинку на месте, пользуйтесь пластиковой крышечкой с прорезью под соломинку.

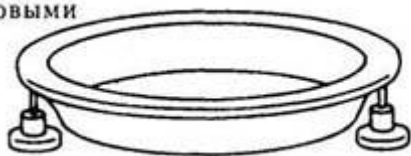
Тарелки

По возможности, пользуйтесь только небьющимися тарелками. Чтобы тарелка не скользила, ставьте ее на салфетку, бумажное полотенце, подставку, резиновый кружок. Кроме того, можно воспользоваться специальными присосками для крепления к дну тарелок и чашек, которые не дают им скользить.

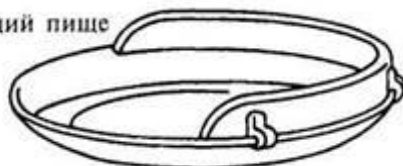
Чтобы пища не падала с тарелки, существуют приспособления в виде ободков; с их помощью вам удастся легко пользоваться вилкой и ложкой без опасения уронить пищу. Прикрепляйте такой ободок к стороне тарелки, противоположной по отношению к руке, которой вы едите.

Есть также тарелки с высокими краями, часть поверхности которых выполнена в виде совка, чтобы легче было брать пищу вилкой. Некоторые находят удобным пользоваться тарелками с несколькими отделениями.

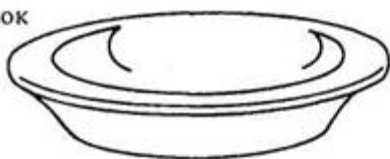
Тарелка с боковыми присосками



Ободок, не дающий пище падать с тарелки



Тарелка-совок



Столовые приборы

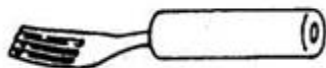
Если руки у вас слабые или дрожат, вам могут показаться удобными столовые приборы с деревянными, пластиковыми или пробковыми ручками — их легче сжимать, чем гладкие металлические. К столовым приборам можно, прикрепить велосипедные ручки, ручки из пенопласта или обмотать их изоляционной лентой. Вы можете также воспользоваться ременной петлей для крепления столового прибора к руке.

Способы изготовления ручек

Велосипедная ручка



Ручка из пенопласта



Ручка, обернутая лентой



Вилка с ременной петлей



Литература

1. Демиденко Т. Д. Факторы, влияющие на эффективность и прогноз реабилитации постинсультных больных / Т. Д. Демиденко, О. А. Балунов // Тез. докл. VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. II. – с. 14–16.
2. Н.Г.Яковлева Инсульт. Как вернуться к полноценной жизни. С-П. Невский проспект.
3. Белянская Е. Н., Краснова М.А. Реабилитация после инсульта
4. Варако Н.А., Куликова И.С., Даминов В.Д. ФГУ "НМХЦ им.НИ Пирогова Росздрава. Некоторые необходимые составляющие нейропсихологической реабилитации постинсультных больных. Москва, Россия
5. М.Н. Гордеев, Е.Н. Тимошенко, В.И. Есаулов, С.В. Покровская. Кафедра психотерапии РГМУ, Москва. Принципы и тактика психологической коррекции психоэмоционального состояния у больных, перенесших инсульт, в системе комплексной восстановительной терапии на стационарном этапе
6. Психотерапевтическая Энциклопедия / под общ. ред. Б. Д. Карва-сарского – СПб. : Питер, 1999. – 752 с.
7. Роль семейных Взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт: пособие для врачей. / О. А. Балунов [и др.] – СПб.: НИП-НИ им. В. М. Бехтерева, 2000 – 33 с.
8. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйде-миллер, В. Юстицкис. – 2-е изд., расшир. и доп. – СПб. : Питер, 2000. – 656 с.
9. Янковская Е. М. Семейное консультирование в системе реабилитации больных, перенесших инсульт / Е. М. Янковская, О. А. Балунов // Сборник трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2001. – С. 73–82.
10. Бадя Л., Холостова Е. И. Новая специализация: "Трудотерапия и реабилитология" // Социальная работа. - 2002. - № 2. - С. 39 2.
11. Домбровский Г. Реабилитационная индустрия - инвалидам // Социальная работа. - 2003. - № 2. - С. 30-32.
12. Дыскин А. А., Танюхина Э. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых людей. - М., 1996.
13. Ким Е. И. Независимая жизнь для лиц с ограниченными возможностями. - М., 2000.
14. Основы социальной работы / Отв. ред. П. Д. Павленок. - М., 2001.
15. Павленок П. Д. Реабилитология в системе социальных знаний. / Развитие социальной реабилитации в России. - М., 2000. - С. 21-27.
16. Попов В. Г. Социальная работа с инвалидами / Социальная работа: теория и практика. - М., 2002. - С. 210-228.
17. Развитие социальной реабилитации в России. - М., 2000.

18. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации /Под ред. А. И. Осадчих. - М., 2001.
19. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е. И. Холостовой. - М., 2000.
20. Служба домашнего визитирования. Региональная модель. Организационно-методические рекомендации по реализации региональной «Программы активного включения детей-инвалидов и их семей в социальную жизнь по месту жительства в целях улучшения качества и профилактики инвалидного стиля жизни» для специалистов учреждений социального обслуживания /И.И. Чигарова. – Казань: Веда, 2010.- 153с.