

## **2.6. Динамика преодоления психологического кризиса при тяжёлых соматических и стрессовых психических расстройствах, возможности психологических мер реабилитации**

В проведении комплексной медико-психологической реабилитации больных с различной патологией врачам стоит учитывать, что **при длительном, хроническом течении заболевания переживания своей болезни самим больным, а нередко и его родственниками и близкими, может прослеживаться определённая динамика.** Этапы (фазы) такой динамики отмечают П.И.Сидоров и А.В.Парняков (2010). **Предмедицинская** фаза включает в себя обнаружение симптомов болезни, осознание проблем со здоровьем, этап принятия решения начать лечиться, выбор специалиста и соответствующего медицинского учреждения. Специалисты на этом этапе могут повлиять на такой выбор и скорость принятия решения лечиться лишь опосредованно, по мере распространения информации о методах лечения, своей профессиональной успешности и т.п.. **Фаза ломки жизненного стереотипа, этап сомнений и тревог** – в начале лечения, госпитализации, изоляции от работы и привычных дел. Грамотное и последовательное поведение медицинского персонала, с соблюдением норм профессиональной этики и деонтологии, адекватное информирование больного о характере и возможном прогнозе заболевания могут приблизить **фазу адаптации к болезни**, когда снижается излишняя напряжённость, исчезает былое чувство безысходности и больной начинает приспосабливаться к факту заболевания. Не для всех пациентов адаптация проходит полностью и успешно: **фаза «капитуляции»** может проявляться тем, что больной как бы примеряется с судьбой, становится угрюмым и равнодушным к лечению и предлагаемым мерам реабилитации, снижается его активное участие в собственном лечении, собственной судьбе. **Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни** может включать в себя на определённом этапе адаптации настрой на получение разного рода выгод от болезни, рентных

установок. Последние две из выше перечисленных фаз обязательно должны сопровождаться активным привлечением к реабилитационным мероприятиям специалистов-психологов и психотерапевтов.

Суть психотерапевтической и психокоррекционной помощи в преодолении психологического кризиса в рамках медицинской реабилитации состоит в необходимости освоения пяти новых для индивида видов деятельности. **Во-первых** – это помощь в усвоении принципиально **новой информации**. Как уже отмечалось, в ряде случаев пациент, столкнувшись с болезнью, может иначе воспринимать информацию относительно своего здоровья. «Эмоциональная заряженность» темы ставшей для него актуальной болезни и проблем выздоровления как бы включает иное восприятие информации. Начинают срабатывать бессознательные защитные механизмы психики, как бы оберегающие эго больного от излишней тревоги и эмоциональной боли. Поэтому простого информирования пациента на тему проблем со здоровьем в процессе реабилитации недостаточно, нужно вдумчивое, последовательное разъяснение всех необходимых деталей и аспектов, с мотивацией на активное участие в собственном выздоровлении. «Школы здоровья», различные курсы, семинары и тренинги, столь популярные в последние годы – как подтверждение необходимости и полезности повышения уровня знаний для различных социальных групп, в том числе – пациентов на этапе медицинской реабилитации. **Во-вторых**, это необходимость освоения **новых навыков**. Здесь может иметь место целый комплекс – от коммуникативных, до навыков поддержания здорового образа жизни, самодиагностики пациентом своего состояния, с целью своевременного принятия мер, предупреждающих обострение и рецидивы болезни. **Третье** - необходимость новых **доступов к ресурсам** в любом их понимании – от финансовых до эмоциональных. Здесь применимы формы и методы проработки так называемых лечебных и реабилитационных планов самого пациента, с анализом вопросов «эмоционального, а не только финансового бюджета» на ближайшую и отдалённую перспективу. Тут же и

применимы упоминаемые уже навыки антиципации и их развитие, как составляющая личностного роста пациента в процессе психологической реабилитации. Далее - это необходимость **пересмотра устоявшейся до того системе целей и ценностей**. А ещё – это вынужденная адаптация к **новой иерархии взаимоотношений**. Например, вышедший на пенсию руководитель большого предприятия, глава семейства, уважаемый для подчинённых и любимый домочадцами, опекаемый всеми в период редких выходных от лишних забот и хлопот, вынужден после перенесённого тяжёлого заболевания осваивать уже на этапе реабилитации знания и навыки походов по лечебным учреждениям и пунктам социального обеспечения, «выбивания пенсии» и отстаивания своих прав в бюрократических кабинетах. Он же сталкивается с необходимостью иного расчитывания своего финансового бюджета и своего времени, которого только на первый взгляд стало больше. «Времени свободного, может, и стало больше, но не хватает терпения им адекватно распорядиться» - достаточно частое выражение вышедших на инвалидность после болезни или на пенсию. Порой весьма непростой выбор пациентам после минования острого периода болезни приходится делать между воплощением в жизнь мечты о рыбалке или хобби с одной стороны, и необходимостью дополнительного заработка с другой. И, наконец, ранее беспрекословно подчиняющиеся члены семьи в целом ряде вопросов оказываются теперь более компетентными в решении бытовых проблем или в теме лечения, обследования, сохранения здоровья. Безусловно, всё это может весьма озадачивать и травмировать самолюбие человека, привыкшего к непререкаемости своего авторитета. Достаточно одного из указанных факторов, чтобы адаптация к нему оказалась невыполнимой задачей, чтобы развился какой-то их деструктивных