УДК 616.89-053.2-085+616.8-053.2-085+615.851.82:599

А. П. Чуприков, И. В. Вовченко, А. С. Бураго,
Е. Е. Кушнирская, Н. Ю. Василевская
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)

АНИМАЛОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Анималотерапия считается комплексным многофункциональным методом реабилитации. Во многих клиниках и лечебных центрах США и Европы проводятся терапевтические процедуры с привлечением различных животных. Анималотерапевты работают в больницах для детей и взрослых, в домах для лиц пожилого возраста, в воинских частях и пенитенциарных заведениях США. Зарубежный опыт показывает перспективность широкого использования метода анималотерапии для социокультурной коммуникации и реабилитации людей разного возраста с инвалидностью. Наиболее распространенными и известными направлениями являются дельфинотерапия, иппотерапия и канистерапия.

Считается, что основным фактором, действующим в дельфинотерапии, является локация пациента в воде дельфином с помощью сонара, излучающего звуки разной частоты. Под влиянием дельфинотерапии у детей с отклонениями в развитии психики (детский аутизм, олигофрения, задержки развития речи, гиперактивность и др.) улучшается коммуникация с окружающим миром, улучшается настроение и аппетит, появляется дневной сон, а ночной становится длительным и глубоким. Дельфинотерапия положительно влияет также и на симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Улучшается ситуация в случаях энуреза и нервных тиков. У детей с умственной отсталостью улучшается социализация, появляются новые коммуникативные навыки. По данным Б. П. Поповского и соавторов (2009), из общего количества детей, которые прошли дельфинотерапию в киевском дельфинарии «Немо», до 75—80 % демонстрировали те или другие признаки улучшения психического состояния.

Центры иппотерапии сегодня есть во многих странах: в США, западных странах, а также в России, Белоруссии, Грузии.

В процессе верховой езды в работу включаются все основные группы мышц тела больного ребенка. Особенно это полезно для детей с нарушениями стато-кинетического развития и последствиями детского церебрального паралича. В настоящее время иппотерапия с успехом стала применяться и в детской психиатрии.

При иппотерапии симметричность нагрузок на всех осях играет важную роль при работе с детьми, имеющими асимметричные двигательные расстройства (которые присущи, в том числе, и детям с аутизмом). Коррекционный эффект имеет также влияние на мускулатуру всадника низкочастотных колебаний тела движущегося животного, что способствует снижению повышенного тонуса и росту объема движений в конечностях. Дозированные нагрузки на вестибулярный анализатор благотворно влияют на нормализацию его функции, улучшают статико-кинетическую организацию моторики, способствуют приобретению уверенности в движениях.

В связи с тем, что анималотерапия, прежде всего, дельфино- и иппотерапия распространены в Украине, насущным является врачебный контроль за деятельностью подобных центров. Министерство здравоохранения официально признало эти виды анималотерапии как вспомогательные методы реабилитации в детской психоневрологии. Однако это не изменило ситуацию — детских неврологов и психиатров в центрах анималотерапии мало. Необходимо продолжить научно-организационную и клинико-диагностическую проработку анималотерапии детей с психоневрологическими отклонениями в развитии.

УДК: [622.81:616-099-06:616.891.6]-071. 072.8-08:615.851

Шарко О. М.
«Харьковская медицинская академия последипломного образования» (г. Харьков)

МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Коморбидные отравлению угарным газом (СО) психопатологические расстройства, особенно вследствие техногенных катастроф, такие как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), представляют собой актуальную медицинскую проблему. Патофизиологически подобные расстройства развиваются на фоне поражения нервной системы, возникающего из-за аноксемии и метаболических нарушений в тканях мозга вследствие опосредованного влияния СО, а также непосредственного токсического действия СО на нервную ткань. Большое значение в патогенезе возникновения коморбидных отравлению СО расстройств имеет нарушения биохимических констант.

Учитывая это, особенностью ПТСР на фоне отравления СО является развитие клинической картины ПТСР на фоне органического поражения центральной нервной системы в результате отравления СО, что часто проявляется психоорганическим синдромом. Однако модель психопатогенеза ПТСР на фоне отравления СО до сих пор не разработана.

Поэтому целью исследования стало разработать патогенетическую модель психопатогенеза ПТСР на фоне отравления СО.

На базе отделения интенсивной терапии и гипербарической оксигенации КЛПУ «Областная клиническая больница профессиональных заболеваний» (г. Донецк) было обследовано 100 больных с ПТСР на фоне отравления СО, 35 больных, страдающих ПТСР в результате аналогичных катастроф, но без отравления СО, и 30 больных с отравлением СО без установленного диагноза ПТСР.

Среди методов исследования применялись: клинико-психопатологический, патопсихологический, контент-анализ, системный и клинико-статистический анализ.

Согласно полученным данным, в обоих случаях — при хроническом отравлении угарным газом и остром отравлении в первичном периоде заболевания (т. е. в момент непосредственного воздействия психотравмирующей ситуации) — возникала острая стрессовая реакция, которая со временем трансформировалась в ПТСР. Однако в раннем — первом — периоде развитие ПТСР имело существенные отличия в зависимости от вариантов (острого либо хронического) отравления СО. У больных с предыдущим хроническим отравлением СО развитие ПТСР происходило на органическом фоне, который сформировался ранее, при этом в клинической картине заболевания симптомы ПТСР сопровождались экзогенно-органической аранжировкой. Одновременно у больных ПТСР с совмещенным острым отравлением угарным газом развитие ПТСР происходило на неизменной почве, в этом случае в клинической картине доминировали симптомы отравления СО, нивелирующие проявления ПТСР.

У обследованных больных отмечались три варианта перехода острой стрессовой реакции в ПТСР: прямой, интермиссионный и трансформационный, которые отличались наличием либо отсутствием периода интермиссии, соответствия первичной клинической семиотики, структурными и динамическими параметрами.

В отдаленном — втором — периоде заболевания происходило частичное нивелирование клинической картины и конвергенция остаточной симптоматики. При этом выделялись несколько вариантов ПТСР, в зависимости от доминирования клинических проявлений: расстройства аффективного круга; расстройства патоперсонологического круга; расстройства невротически-соматоформного круга; расстройства депрессивно-ипохондрического круга, фоном для проявления которых служил резидуально-органический фон.

Таким образом, результаты исследования позволяют построить патогенетическую модель психопатогенеза ПТСР на фоне отравления СО, что дает возможность усовершенствовать систему дифференциальной диагностики и терапии данной патологии.

УДК 614.2

Шейніна Т. Л.
Харківська медична академія післядипломної освіти, КЗОЗ «Харківська міська дитяча лікарня № 5» (м. Харків)

ПОГЛЯД НА РЕОРГАНІЗАЦІЮ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ

Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які міцно пов'язані між собою та залежать один від одного. За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, у 25 % всього населення в той чи інший період життя розвиваються психічні відхилення, у 10—20 % дітей розвиваються одне чи більше відхилень поведінки.

Система психіатричної допомоги дітям в Україні дійсно застаріла, та потребує реорганізації, мають місце також проблеми з кадровим забезпеченням, особливо в сільській місцевості. При цьому, з одного боку, система охорони здоров'я провідних Європейських держав не є досконалою, і значний відсоток пацієнтів з розладами психіки не отримують високоспеціалізованого обслуговування, або отримують його на пізніх етапах розвитку хвороби, з другого боку, особливості українського суспільства, рівень життя населення, віддаленість та малодоступність

окремих населених пунктів від районних центрів диктують необхідність інших підходів до надання спеціалізованої психіатричної допомоги. При реформуванні необхідно зберегти те позитивне, що існує в діючій системі охорони здоров'я — систему диспансерно-динамічного спостереження.

По-перше, сучасні стратегії в галузі охорони психічного здоров'я потребують міжгалузевого підходу та мають передбачати заходи з урахуванням можливостей багатьох сфер та спеціалістів різного профілю — медичних працівників, органів освіти, органів соціального захисту, засобів масової інформації тощо.

По-друге, пріоритетним повинно бути забезпечення доступу дітей до спеціалізованої психіатричної допомоги за місцем мешкання.

На первинному рівні медичної допомоги працюють сімейні лікарі, які повинні проводити профілактичну роботу, скринінги рівня психічного розвитку, скринінги рівня суїцидальності у дітей шкільного віку сумісно з психологами та педагогами загальноосвітніх шкіл, та, при наявності у дитини ознак психічних порушень, направляти в кабінети охорони психічного здоров'я та психіатричної допомоги. В штати цих кабінетів повинні бути включені дитячі психіатри та психологи, які проводять діагностику психічних захворювань, направляють на другій рівень медичної допомоги та здійснюють диспансеризацію та реабілітацію дітей з розладами психіки та поведінки на підставі спадкоємності з фахівцями другого та третього рівня медичної допомоги. Особливо важливо створення таких кабінетів в районних центрах для забезпечення доступності надання спеціалізованої допомоги дітям та можливість виїздів фахівців в сільські амбулаторії (пересувні кабінети консультативної психіатрії). В рамках цих кабінетів можуть працювати бригади раннього втручання для забезпечення діагностики розладів у дітей до 3-х років.

Для забезпечення якості надання високоспеціалізованої психіатричної допомоги вважаємо необхідним організацію регіональних лікувально-реабілітаційних центрів з консультаційним відділенням та ліжками денного перебування. В центрах повинні працювати бригади спеціалістів за різними напрямками: робота з дітьми, які мають розлади розвитку спектра аутизму, бригада, що працює з дітьми з опозиційно-зухвалою поведінкою, бригада спеціалістів по корекції гіперкінетичного розладу та ін. В таких центрах повинні працювати спеціалісти з різних галузей: охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та ін. Фахівці центрів є координаторами в роботі фахівців первинного, вторинного та третинного рівня, бригад раннього втручання, працівників соціального захисту, органів освіти, проводять організаційну, просвітницьку, навчальну роботу.

УДК 159.922:614.253-071-082.6

Л. Ф. Шестопалова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ В СУЧАСНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

В умовах реформування сучасної медицини, коли змінюється характер відносин між лікарем і пацієнтом, зростає потреба в оптимізації психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу та організації нових форм допомоги хворим, що неможливо без належно сформованого терапевтичного альянсу.

На підставі отриманих результатів комплексного психодіагностичного дослідження було визначено основні типи терапевтичного альянсу (ТА) та його підтипи. Основними типами ТА є партнерський, емпатійний, регламентувальний, формальний, дистантний та нональянс, тобто альянс фактично несформований. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря та пацієнта, які становлять індивідуальний стиль реалізації їхніх соціальних ролей. В залежності від співвідношення рольових позицій кожного з учасників взаємодії було виділено конгруентні (коли їх рольові позиції узгоджені між собою, комплементарні) та неконгруентні (коли їх рольові позиції не узгоджені або суперечливі) підтипи терапевтичного альянсу. Партнерський ТА є конгруентним і включає власне партнерство та функціональне співробітництво як з боку лікаря, так і з боку пацієнта. Емпатійний альянс може бути конгруентним у разі гіперпротекції з позиції лікаря та емоційної залежності з боку пацієнта та неконгруентним при гіперпротекції лікаря (емоційній залежності хворого) та будь-яким ставленням з боку пацієнта (лікаря). Регламентувальний альянс є конгруентним у разі авторитарної позиції лікаря і пасивності пацієнта та неконгруентним при авторитарній позиції лікаря (пасивності пацієнта) і будь-якій іншій позиції хворого (лікаря). Формальний ТА може бути конгруентним при формальній позиції обох учасників взаємодії а також неконгруентним у разі формальності співпраці з боку одного з них та будь-якій позиції іншого. Дистантний ТА є неконгруентним і передбачає дистанціювання хворого, незалежно від позиції лікаря. Нональянс також є неконгруентним і включає псевдопартнерство або неадекватність з боку пацієнта при будь-якій позиції лікаря.

Дані проведених досліджень дозволили визначити групи психологічних чинників, що впливають на формування терапевтичного альянсу у лікарів та пацієнтів: базові, інтегративні та ситуативні. Базові чинники відображають загальні індивідуально-психологічні характеристики учасників взаємодії: особливості особистості, емоційної сфери та когнітивної продуктивності (у хворих). Інтегративні чинники — характеристики, що формуються на основі базових, а також пов'язані з особливостями соціальної перцепції та соціальних установок учасників взаємодії: рівень емпатії та довіри до партнера по спілкуванню, рівень відповідальності за результат лікування, особливості комунікативного стилю, соціальних установок та характеристик соціально-перцептивних процесів. Ситуативні чинники є найбільш динамічними і пов`язані з конкретною ситуацією взаємодії: рівень емоційного комфорту в процесі спілкування, ступінь співробітництва, рівень психологічної дистанції з партнером по спілкуванню. Встановлено також умови формування ТА у лікарів і хворих, а саме — особливості параметрів терапевтичного середовища (рівень, тип, ефективність роботи його терапевтичних функціональних груп), умови професійної діяльності медичних спеціалістів, клінічні характеристики захворювання пацієнтів та особливості його лікування, існуюче ставлення до медицини у суспільстві, попередній досвід взаємодії з медичними спеціалістами (у хворих).

УДК 159.922: 616.89-057-85:615.214

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСНОВНІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем на цей час є вивчення психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу, насамперед, терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і пацієнтом. Це має велике значення як для організації ефективного лікування хворих, так і для профілактики емоційного вигоряння медичних спеціалістів. Однак багато аспектів даного феномену досі залишаються не дослідженими. Так, недостатньо вивчені умови його формування та функціонування, медико-психологічні та соціально-психологічні чинники, значущі для встановлення тієї чи іншої форми ТА у медичних спеціалістів та пацієнтів тощо.

В дослідженні взяли участь 30 лікарів: 14 (46,66 %) неврологів та 16 (53,34 %) психіатрів. Використовували комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення особливостей взаємин в системі «лікар — пацієнт» (з позиції медичних спеціалістів), а також емоційно-комунікативних характеристик лікарів.

В результаті дослідження було визначено основні рольові позиції лікарів як конкретні форми реалізації терапевтичного альянсу: «Гіперпротекція» (30,00 %), «Функціональне співробітництво» (23,34 %), «Авторитарність» (16,66 %) «Партнерство» (16,66 %) та змішана форма (13,34 %).

Вивчено емоційно-комунікативні особливості лікарів, значущі для формування їх рольових позицій при взаємодії з пацієнтами. Встановленню партнерської позиції медичних спеціалістів сприяє широкий діапазон конструктивних копінг-стратегій, розвиненість емоційного інтелекту та емпатійних здібностей, гнучкість комунікативного стилю, діалогічна спрямованість у спілкуванні. Схильність лікарів до функціонального співробітництва з хворим поєднується з індиферентною спрямованістю у спілкуванні. Формуванню гіперпротекції медичних спеціалістів у відносинах з пацієнтом сприяє схильність до прояву надмірної емпатії. Маніпулятивна і авторитарна спрямованість у спілкуванні з хворими ускладнює встановлення партнерської позиції лікарів, функціонального співробітництва та гіперпротекції. Схильність лікарів до авторитарності при взаємодії з пацієнтами поєднується з ригідністю комунікативного стилю та авторитарною