

УДК 616.8-085.851+376.2

*Михайлов Б. В.**, *Водка М. Е.***,
*Вашикте И. Д.**, *Алиева Т. А.**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования;*

***Международный благотворительный фонд
«Фонд Александра Фельдмана» (г. Харьков)*

Организация психосоциальной реабилитации детей и подростков в Украине с использованием природных и преформированных факторов

Проблема детского психического здоровья в Украине — это одна из наиболее актуальных проблем в здравоохранении страны.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается увеличение числа детей и подростков с нарушениями психической сферы и девиантными формами поведения (гиперкинетические расстройства, детский аутизм, детский церебральный паралич, синдром Дауна, социализированное расстройство и другие нервно-психические расстройства).

Существенным недостатком уже существующих лечебно-реабилитационных программ является их сосредоточение на отдельных медицинских технологиях.

Единственно перспективным путем является интегративная система психосоциальной реабилитации детей и подростков с учетом биопсихосоциального единства человеческой личности.

С учетом современной эпохи постиндустриального развития общества нами сформирована концепция экотерапии.

Главный принцип экотерапии основан на контакте с живой природой.

Экотерапия включает в себя терапию дикой природой, анималотерапию, ландшафт-терапию, саден-терапию и прогулочную терапию, фитотерапию, ароматерапию, зоотерапию, флоротерапию.

Разработанная нами программа психосоциальной реабилитации детей и подростков включает индивидуальные и групповые формы работы, основанные на принципах экотерапии, в сочетании с тренингами с элементами психодрамы; социально-психологическими и психогимнастическими тренингами; игровой психотерапией; элементами рациональной, когнитивно-бихевиоральной и поведенческой психотерапии; арт-терапии; трудотерапии; библиотерапии; сказко-терапии; семейной психотерапии.

Программа реализуется мультидисциплинарной командой в составе: психотерапевты, врачи-психологи / практические психологи, логопед, дефектолог, невропатолог, социальный работник.

Цели программы включают психокоррекцию нарушений эмоциональной, личностной и поведенческой сферы детей с психологическими расстройствами; оптимизацию состояния психического здоровья и уровня качества жизни с целью повышения их социальной адаптации в семье, коллективе и обществе; профилактику ранних пограничных расстройств психического регистра у детей дошкольного и школьного возрастов.

В ходе реализации программы пациенты проходят 4 этапа медико-психологического сопровождения:

1 этап — триаж — первичное обследование детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами.

2 этап — профильное консультирование — формирование комплайенса между специалистами и пациентами, формируется добровольное следование пациентом пред-

писанному ему режиму лечения, заключается договор о предоставлении медико-психологической помощи.

3 этап — медико-психологическая коррекция — индивидуальная работа и групповая с детьми и их родителями.

4 этап — сопроводительный (суппортивный) — детям предоставляется возможность участвовать в конкурсных творческих соревнованиях, волонтерских акциях; для родителей организуются закрытые группы, направленные на поддержание результатов коррекции и вторичную профилактику.

Программа была реализована на базе Центра психосоциальной реабилитации для детей и подростков «Фельдман Экопарк» и показала свою высокую эффективность.

УДК 376.2+376.3

Михайлов Б. В., *Колесник Н. М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Інклюзивна модель освіти дітей з обмеженими можливостями здоров'я

Метою інклюзивного процесу є соціалізація дитини з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ) до суспільства. У рамках інклюзивної освіти у дітей з ОМЗ формуються навички соціальної поведінки, самообслуговування тощо. Це стає фундаментом для успішної життєдіяльності на наступних етапах розвитку.

Позитивний ефект змішаних груп проявляється у дітей, що нормально розвиваються, у формуванні толерантності і гуманності, а у дітей з ОМЗ відбувається компенсація недоліків, розвиваються адаптивні особові властивості (цілеспрямованість, позитивне ставлення до себе, оточуючих і життя), формуються соціальна і комунікативна компетентність.

Вибір інклюзивних технологій варто здійснювати за принципом універсальності дії на усіх учасників інклюзивної освіти. До них належать група поведінкових технологій (підхід АВА, підхід/програма ТЕАСН та ін.), метою яких є формування адаптивних форм поведінки, створення передбачуваності і послідовності життєдіяльності шляхом візуалізації. Важливою є робота в сенсорній кімнаті, яка спрямована на зниження занепокоєння, навчання саморегуляції, подолання відхилень в розвитку сенсомоторної і емоційно-вольової сфер тощо.

Впровадження інклюзивної моделі до освітніх установ вимагає кардинального перегляду архітектури приміщень. Під реалізацію інклюзивної освіти потрібні спеціально обладнані приміщення і це стосується не лише дітей з ОМЗ. Для усіх користувачів інклюзивного процесу також потрібне спеціальне приміщення, обладнане під реалізацію психологічного впливу.

Інклюзивна модель стосується інтересів усіх суб'єктів освітнього процесу. Важливим суб'єктом інклюзивної моделі є батьки дітей з ОМЗ, які потребують підтримки і супроводу не менш ніж їх діти. Для ефективного включення дитини з ОМЗ в інклюзивне середовище у батьків має бути сформована готовність до супроводу своєї дитини і компетенції у багатьох сферах. Тому роботи, спрямовані на формування і розвиток компетенції батьків дітей з ОМЗ, будуть актуальні на усьому маршруті інклюзивної освіти дитини.

Кадровий ресурс для здійснення інклюзивного процесу потребує постійного підвищення кваліфікацій і формування нових властивостей особистості. Абсолютно очевидною є потреба у підготовці кадрового ресурсу з новою культурою і менталітетом, спрямованого на ефективний командний

процес, супровід і підтримку користувачів інклюзивної моделі. Введення посади тьютора є чи не найголовнішою необхідністю якісного супроводу дитини в інклюзивному просторі.

Існує потреба в стандартизованій роботі усіх організацій, спеціалістів в рамках інклюзивної моделі. Медико-психолого-педагогічний супровід треба системно реалізувати за такими: напрямками: діагностико-консультативний, інформаційно-просвітницький та корекційно-розвиваючий. Наявність раннього супроводу дітей з групи ризику і їхніх сімей є запорукою успішного залучення дитини в загальне освітнє середовище та профілактикою вторинних відхилень у розвитку. Також потрібні зміни і в освітніх закладах, в системі загалом — поки будуть існувати конкурси на звання кращої школи за результатами робіт талановитих і обдарованих дітей, тим більш не бажаними будуть діти з ОМЗ.

Важливою ланкою інклюзивної моделі є профорієнтація підлітків з ОМЗ, формування їх конкурентної спроможності та адекватної професійної самооцінки, що потребує нового підходу до супроводу підлітка.

Інклюзивна модель вимагає кардинальних змін у системі та у суспільстві для введення особи з ОМЗ в соціальне і професійне життя.

УДК 613.865

Михайлов В. Б., Фельдман Д. А.

*Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)*

К вопросу о развитии соматогенных эмоциональных нарушений у лиц, перенесших инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда (ИМ) — главная причина смертности и инвалидности не только в Украине, но и во всем мире. У большинства больных, перенесших ИМ, отмечаются различные нарушения депрессивного спектра, затрудняющие течение заболевания, восстановительно-реабилитационные процессы и являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов.

Цель нашего исследования: на основании результатов комплексного клиничко-психопатологического, психодиагностического обследования лиц с ИМ определить особенности формирования клинических проявлений расстройств депрессивного спектра. В основу работы положены результаты комплексного клиничко-психопатологического обследования 60 пациентов, перенесших ИМ. Среди обследуемого контингента отмечалось преобладание мужчин. Средний возраст — $50,2 \pm 6,6$ года. Нами были использованы следующие методы исследования: клиничко-психопатологические; психодиагностические и статистические.

У обследуемых больных преобладал Q-позитивный (крупноочаговый) ИМ, отмечался в 71,7 % случаев (43 человека). Q-негативный (мелкоочаговый) ИМ встречался в 28,3 % случаев (17 человек). Наиболее часто диагностировался переднебоковой ИМ — в 40 % случаев.

Наиболее частыми жалобами у лиц, перенесших ИМ, были различные болевые проявления, чаще — кардиалгии (86,7 %), колебания артериального давления (86,7 %), чувство нехватки воздуха и одышка (76,7 %), нарушения сердечного ритма (73,3 %). Наиболее часто встречались: болевой (86,7 %), фобический ($83,3 \pm 1,3$ %), астено-тревожный ($43,3 \pm 0,7$ %) астено-депрессивный ($23,3 \pm 0,7$ %) синдромы. Развитие и выраженность фобической, депрессивной и тревожной симптоматики зависели от выраженности болевого синдрома. Астеническая симптоматика у пациентов этой группы входила в структуру астено-тревожного, астено-депрессивного, астено-ипохондрического синдромов.

Истероформный синдром наблюдался в 6,7 % случаев. У 13,3 % лиц, перенесших ИМ, выявлялись анозогностические расстройства, проявляющиеся нарушениями адекватности реагирования, отказом от госпитализации и лечения, снижением критической оценки собственного состояния, полным игнорированием тяжести своего состояния.

Таким образом, у большинства пациентов перенесших ИМ, отмечаются различные расстройства депрессивного спектра, которые утяжеляют течение заболевания и являются главной причиной временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов.

УДК 616.89-008

*Мозгова Т. П. *, Лещина І. В. *, Федорченко С. В. ***

**Харківський національний медичний університет;*

***Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Клініко-психопатологічний аспект електрофізіологічних порушень у підлітків з розладами поведінки

Медико-соціальна значимість розладів поведінки у підлітків та їх наслідків зумовлює актуальність дослідження клінічних проявів та нагальну потребу раннього профілактичного втручання з визначенням прогностичних факторів ризику.

Мета дослідження: вивчення ролі нейрофізіологічних порушень у формуванні розладів поведінки у підлітків.

Обстежено 202 підлітки віком 11—15 років з розладами поведінки. У комплекс діагностичних методів входило електрофізіологічне дослідження, клініко-психопатологічний та статистичний методи.

У структурі розладів поведінки у підлітків були виявлені психопатологічні синдроми: психопатоподібний ($n = 106$), астеноневротичний ($n = 50$), астеноабулічний ($n = 26$) і тривожно-депресивний ($n = 20$).

В результаті обстеження було виявлено, що висока судомна активність найчастіше спостерігалася у підлітків з тривожно-депресивним синдромом — $66,67 \pm 10,33$ %; рідше — у підлітків з астеноневротичним ($40,00 \pm 6,79$ %), психопатоподібним ($38,71 \pm 4,64$ %) та астеноабулічним синдромами ($28,57 \pm 8,68$ %).

Водночас, дифузні зміни із дизрегуляцією діенцефально-стовбурових структур відзначалися у більшості підлітків з психопатоподібною — $61,29 \pm 4,64$ %, астеноневротичною ($60,00 \pm 6,79$ %) і астеноабулічною ($57,15 \pm 9,51$ %) симптоматикою; значно рідше — у підлітків з тривожно-депресивними проявами — $33,33 \pm 10,33$ %.

Дистонічний тип реоенцефалографії спостерігався у третини підлітків з психопатоподібним ($35,48 \pm 4,55$ %), астеноневротичним ($30,00 \pm 6,35$ %) і тривожно-депресивним ($33,33 \pm 10,33$ %) синдромами і значно менше у підлітків з астеноабулічною симптоматикою — $14,29 \pm 6,73$ %, тоді як гіпертонічний тип реоенцефалографії переважав у останніх ($14,29 \pm 6,73$ %).

Лікворна гіпертензія, виявлена методом ехоенцефалографії, частіше відзначалася у підлітків з астеноневротичним синдромом ($15,00 \pm 4,95$ %), у незначній кількості підлітків з психопатоподібним ($9,67 \pm 2,81$ %) і не спостерігалася у підлітків з астеноабулічним і тривожно-депресивним синдромами.

Проведений статистичний аналіз свідчить, що порушення біоелектричних властивостей головного мозку з високою судомною активністю і дисфункцією нижньостовбурових структур та порушення церебральної гемодинаміки