

действиях в большинстве случаев несут разные травматические риски.

Прежде всего, следует назвать и выделить группы лиц, подвергающихся посттравматическим стрессовым расстройствам. Во-первых, это бойцы Вооруженных Сил. Во-вторых — жители региона, охваченного войной, и беженцы, вынужденные переселенцы. В-третьих — родственники военнослужащих, участвующих в боевых действиях, и родственники лиц, оказавшихся в зоне конфликта. И последняя группа — пленные. Эти контингенты получают совершенно разные психогенные воздействия, поэтому к ним следует применять различные алгоритмы медицинской и психологической помощи. Одинаковой может быть разве что фармакотерапия. Основные факторы психической травматизации для военнослужащих связаны с угрозой для жизни; для военнопленных — со страхом смерти и неопределенностью ситуации, в которой они находятся; для беженцев — с бытовой неустроенностью и отсутствием информации о том, что происходит на местах их проживания; и для родственников — со страхом потерять близких.

«Задействование» в реакции на стресс «систем» «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» и «гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа» обуславливают коморбидность ПТСР с эндокринными, сердечно-сосудистыми и неврологическими нарушениями.

На базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» было обследовано и пролечено в период с января 2015 года по октябрь 2016 года 40 больных с ПТСР, женщин — 28 человек (возраст от 25 до 65 лет); мужчин — 12 человек (возраст от 40 до 75 лет). Пациенты были осмотрены эндокринологом, кардиологом и невропатологом.

В процессе обследования была выявлена следующая сопутствующая патология.

Эндокринные нарушения:

1) патология щитовидной железы — 33 человека (82,5 %);

2) сахарный диабет 2-го типа — 6 человек (15 %);

3) ожирение — 1 человек (2,5 %).

Сердечно-сосудистые нарушения:

1) гипертоническая болезнь — 19 человек (47,5 %);

2) ишемическая болезнь сердца — 12 человек (30 %);

3) нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу — 3 человека (7,5 %);

Неврологические нарушения:

1) дисциркуляторная энцефалопатия — 19 человек (47,5 %);

2) остеохондроз — 18 человек (45 %);

3) заболевания периферической нервной системы — 3 человека (7,5 %).

Коррекция перечисленных нарушений проводилась соответствующими специалистами.

ставляют предмет актуальных научных исследований медицинской психологии. Когнитивные расстройства, в силу их большой распространенности, негативно влияют на социальное функционирование и качество жизни пожилых и старых людей.

Когнитивные нарушения — собирательное обозначение различных нарушений высших мозговых функций вследствие расстройства процессов получения, переработки и анализа информации и соответствующей организации поведения. Могут выражаться в нарушении памяти, внимания, психомоторной координации, речи, гнозиса, праксиса, счета, мышления, ориентации, планирования и контроля психической деятельности. Стойкое выраженное расстройство когнитивных функций лежит в основе деменции.

Программа реабилитации когнитивных расстройств — ряд комплексных методов, применение которых показано геронтологическим пациентам с нарушениями познавательных (когнитивных) функций, при различных типах деменции, в том числе и при болезни Альцгеймера.

Принципы программы реабилитации:

1. Принцип дозированности — учитывается степень тяжести когнитивных расстройств и соматическое состояние пациента. От этого будет зависеть время и количество занятий, уровень доступности материала, тактика построения самого занятия.

2. Принцип регулярности — для пациентов с когнитивными расстройствами недопустимы большие промежутки между занятиями (должны быть регулярными и равномерно распределены во времени).

3. Принцип активности — активное включение самого пациента, формирование у него мотивации к восстановлению, побуждение к ответственности за достигнутые результаты.

4. Принцип индивидуальности — индивидуальный подход к каждому отдельному пациенту с учетом тяжести его состояния, уровня образования, возраста и т. д.

Структура программы реабилитации:

1. Спецификой групповой работы с психически больными в пожилом и старческом возрасте является небольшой количественный состав групп (не должен превышать 6—8 человек). Это обусловлено тем, что в процессе занятия необходимо индивидуальное включение специалистов (психолога, психотерапевта), входящих в процесс группового взаимодействия. Состав участников группы должен оставаться постоянным от начала до конца реабилитационного маршрута, так как задания усложняются от занятия к занятию. Набор упражнений подбирается на основании предварительного патопсихологического исследования. Время проведения занятий составляет около 60 минут с кратностью 3 раза в неделю. Рекомендуемое время для проведения занятий — первая половина дня.

2. Восстановление когнитивных функций, тренировка социальных навыков. Занятия имеют четкую структуру. Задания к упражнениям формулируются доступно и просто, с соблюдением принципа «от простого — к сложному», на каждом занятии происходит повторение ранее изученного материала с целью проверки степени его усвоения. Постепенно задания усложняются, и по мере восстановления утраченных способностей их объем увеличивается. Пациенту обязательно дается положительная обратная связь и оценка, которая служит также и восстановлению самооценки больного.

УДК 616.89-008

Пенова И. К.

ПВНЗ «Международный классический университет имени Филиппа Орлика» (г. Николаев);

КУ «Одесский областной центр психического здоровья» (г. Одесса)

Общие принципы программы реабилитации пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами

В настоящее время когнитивные расстройства являются одним из наиболее распространенных видов психических нарушений у лиц позднего возраста и пред-