

показниками загального функціонування з обмеженням життєдіяльності на рівні 51–75% (відповідно II / I групи інвалідності).

Найураженішою виявилася сфера соціальних стосунків, при меншому значенні сімейно-побутової та працездатності. Зміни особистості і поведінки хворих внаслідок перебігу шизофренії перешкоджали формуванню соціальних зв'язків та призводили до звуження кола спілкування, що додатково обумовлювало їх соціальну дезадаптацію. Втрата соціальних контактів, зниження соціальної активності формували «неконтрольовану» сферу СФ стосовно «інформованості та інтересів» (при відносно збереженому СФ у сфері сімейно-побутових стосунків і працездатності). Однак, складність вирішення проблем у сімейно-побутовій сфері викликала дисфункцію виконання хворими соціальних ролей з формуванням хибного кола.

Інтегральний показник «Адаптивність» досліджуваних пов'язаний з параметрами прагнення домінування ($p < 0,001$), самоприйняття ($p < 0,001$), внутрішнім контролем ($p < 0,001$), емоційним комфортом ($p < 0,05$). Пристосувальна поведінка переважно виявилася дезадаптивною (68,53% випадків).

Ресурси соціальної підтримки у 77,29% обстежених характеризувалися наявністю проблем (контекстуальні чинники), що пов'язані з первинною підтримкою оточення, в тому числі родини (Z63), з домашніми і економічними обставинами (Z59), а також з обмеженими або низькими ресурсами сімейної підтримки (41,83%, 34,26% випадків відповідно) та підтримки в інших значущих сферах (46,61%, 39,44% випадків відповідно). Ці дані збігаються з відомостями стосовно СФ обстежених та вірогідно пов'язані з ним.

Переважає більшість таких осіб мала помірний (43,43 %, 29,88 %, 70,52 % випадків) та виразний (27,89 %, 38,65 %, 19,12 % випадків) рівень функціонального де-

фіциту (РД) у когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах відповідно. Значний РД спостерігали у 10,76 % пацієнтів в когнітивній та у 19,52 % в емоційно-мотиваційній сферах. Функціональна недостатність у когнітивній сфері була достовірно пов'язана з порушеннями мислення і уваги, а в емоційно-мотиваційній – з явищами соціальної відгородженості (пасивно-апатична соціальна позиція), що викликана емоційною відчуженістю, сплосченням афекту. Дисфункція у комунікативній сфері характеризувалася активним відходом від соціальних контактів, недоступністю із зануренням у внутрішні і аутистичні переживання, що супроводжувалися спалахами імпульсивних емоцій, дій та у сукупності формували тотальний комунікативний дефіцит.

Висновки. 1. Реабілітаційний потенціал хворих на шизофренію, які вчинили особливо небезпечні СНД за продуктивно-психотичним механізмом, суттєво обмежується дисфункцією у сфері соціальних стосунків внаслідок процесуального захворювання, що обумовлює специфіку функціональної недостатності у когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах.

2. За рівнями соціальної активності і функціонування, здатності до психосоціальної адаптації та переважаючим типом пристосувальної поведінки такі пацієнти мають низькі ресурси психосоціальної адаптації, що обумовлює необхідність створення особливих умов і відповідного терапевтичного (за оптимального антипсихотичного лікування) середовища, спрямованих на відновлення їх соціальних функцій.

3. При розробці лікувально-реабілітаційних програм, диференційованих відповідно до даного психопатологічного механізму СНД, слід враховувати маркери-мішені щодо соціального функціонування, зокрема у сфері соціальних стосунків, а також знаходити компроміс між рівнем суспільної безпеки таких осіб і зниженням їх спроможності до самостійного соціального функціонування.

Б.В. Михайлов¹, О.М. Зінченко², І.М. Сарвір¹, О.І. Кудінова¹, І.Д. Вашкіте¹, Т.А. Алієва¹
ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ АТО

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

²Міністерство охорони здоров'я України
 psychotherapy@med.edu.ua

В Україні формується організаційна система для медико-психологічного супроводу учасників АТО, основним принципом якої є чітке розмежування контингентів.

Перша група – особи, у яких бойовий стрес не призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Друга група – особи, у яких бойовий стрес призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Третя група – особи, які продовжують службу в Збройних Силах України, Нацгвардії України та інших військових формуваннях.

Психологічну реабілітацію особам з першої групи здійснюють підрозділи соціального захисту обласних, міських, районних держадміністрацій.

Особам другої групи відновлювальне лікування і медико-психологічна реабілітація проводиться в закладах охорони здоров'я і, за показаннями, в санаторно-курортних закладах.

Психологічну і медико-психологічну реабілітацію особам третьої групи здійснюють відповідні відомчі медичні і психологічні служби.

Етапи надання медико-психологічної допомоги учасникам АТО:

- лікарі першого контакту (первинний рівень медичної допомоги);
- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в районах міста та області / кабінети психотерапії (вторинний рівень медичної допомоги);

- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації госпіталів ветеранів війни та учасників бойових дій (третинний рівень медичної допомоги);
- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в мережах санаторно-курортних закладів (за потребою).

Реабілітація в закладах охорони здоров'я здійснюється за комплексною мультидисциплінарною системою із застосуванням психологічних, психотерапевтичних,

медикаментозних методів та методів фізичної реабілітації, до яких у санаторно-курортній мережі додається дія природних і преформованих факторів.

Регіональними центрами медико-психологічної реабілітації визначені госпіталі ветеранів війни і учасників АТО.

Саме така система диференційованого етапного медико-психологічного супроводу учасників АТО може бути рекомендована як модель для уніфікованого впровадження у всіх регіонах України.

Д.А. Волошук

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

voloshchuk.diana@mail.ru

Лікування судинної деменції (СД) має диференційований характер, що визначається гетерогенністю патологічного процесу. Через велику кількість етіопатогенетичних механізмів єдиного і стандартизованого методу лікування хворих цієї категорії немає. На сьогодні не сформовано єдиного алгоритму лікування та супроводу чи зміни перебігу розвитку судинної деменції. Заходи, що спрямовані на лікування СД, повинні включати як медикаментозний, так і немедикаментозний впливи. Останній, в свою чергу, охоплює як супровід та допомогу в процесі адаптації й соціалізації хворих на СД, організацію догляду за ними, розробку індивідуальних фізіотерапевтичних заходів, так і психотерапію.

Психотерапевтичні заходи повинні включати групу психотерапію; когнітивні тренінги; сімейну психотерапію; психологічну підтримку осіб, які доглядають за хворими; стимуляцію фізичної активності; трудотерапію; стимуляцію соціальної взаємодії; ароматерапію; музикотерапію.

Загальною метою психотерапії є поліпшення якості життя, підвищення рівня повсякденного функціонування в контексті наявного когнітивного дефіциту. Деякі методики психотерапії також мають додаткові цілі у вигляді поліпшення когнітивних функцій, настрою або поведінки.

Особливе місце в системі психосоціальної реабілітації пацієнтів із СД займають так звані методики когнітивного тренінгу. У цю групу включають психотерапевтичні техніки, спрямовані на орієнтування в навколишній реальності, та тренінг когнітивних функцій, метою якого є заповнення когнітивного дефіциту, а методологія найчастіше заснована на відновлювальному навчанні. У процесі проведення когнітивної терапії доцільно включати формування індивідуальних цілей і розробку плану досягнення цих цілей. У групах когнітивної реабілітації доцільно проводити навчання і практичне відпрацювання практик засвоєння нової інформації, зниження стресу і концентрації уваги. Вчені виявили, що «досягнення поставленої мети дозволяє хворим відчувати більшу незалежність, впевненість в собі при виконанні різних видів роботи і більший контроль над подіями».

Даний метод повинен застосовуватися тільки кваліфікованими фахівцями і з обережністю, оскільки повторні невдачі при виконанні завдань на когнітивну діяльність можуть викликати у хворих на деменцію афективні спалахи, порушення поведінки і навіть депресивні реакції.

При соціальній дезадаптації хворих на деменцію найчастіше застосовують методи арт-терапії. Протягом останніх кількох років у ряді клінічних випробувань порівнювали ефективність ароматерапії при використанні олії лаванди чи бальзаму меліси аптечної. «У всіх цих дослідженнях наочно продемонстровано істотну дію на поведінкові порушення у пацієнтів з деменцією. Дані повідомлень про окремі випадки свідчать про сприятливу дію ароматів: у осіб з деменцією поліпшувався сон, упорядковувалась поведінка, зменшувався опір лікуванню».

У кількох дослідженнях повідомлялося про те, що музикотерапія корисна людям, хворим на деменцію. Цей метод передбачає як участь у музичній діяльності (наприклад, спів або гра на музичному інструменті) так і тільки слухання співу або музики. «Lord і Garner продемонстрували підвищення рівня благополуччя, більш високу якість спілкування та поліпшення пам'яті на події своєї біографії в групі підопічних інтернату з медичним обслуговуванням, які регулярно слухали музичні твори. Подібного поліпшення не відзначалося в контрольній групі, учасники якої займалися іншими видами діяльності. В ході дослідження було також виявлено, що люди з деменцією, які слухали музику за індивідуальною програмою, заспокоювалися легше, порівняно з тими, хто слухав традиційну релаксаційну музику».

Організація психологічної допомоги хворим на СД повинна також включати психотерапевтичну підтримку осіб, які здійснюють за ними догляд, оскільки особи, які доглядають за хворим на деменцію, чи близькі родичі можуть шляхом критики, конфронтації, образ, завищених вимог провокувати у них страх, агресію, збудження, депресію. Тому навчання родичів прийомам невербальної комунікації та допомоги в орієнтуванні, а також своєчасна підтримка можуть зменшити про-