

Правильно навчений психіатр зможе поєднувати призначення медикаментів з психотерапевтичною програмою, яка спрямована на розвиток соціальних здібностей. Це не означає, що лікар повинен бути здатний робити все: від соціальної підготовки до професійної реабілітації чи психологічного навчання хворого та його сім'ї. Тим не менш, це означає, що психіатр повинен в змозі бути у ролі керівника в команді професіоналів, які можуть обслуговувати пацієнтів. Зрозуміло, більшість психіатрів під час навчання у психіатричних стаціонарах не отримують усіх необхідних навичок, необхідних для психосоціальної реабілітації. Сьогодні молоді психіатри в основному навчаються діагностичним процедурам і призначають ліки, які спрямовані виключно на контроль симптомів, також вони не навчені інтеграції фармакологічного лікування та психосоціального впливу. Іншим побічним ефектом навчання в лікарнях є те, що лікарі-інтерни зустрічаються з вкрай негативними наслідками перебігу хвороби у важких пацієнтів, які часто повторно госпіталізуються. Можливо, це одна з причин того, що психіатри в державних закладах мають не менше стереотипів стосовно психічно хворих людей, аніж населення в цілому, і не виявляють більшої готовності до тісної взаємодії з психічно хворими людьми. Тому було б корисно, якби навчання молодих психіатрів також проводилося у спеціальних реабілітаційних закладах і воно могло бути пріоритетним в порівнянні з навчанням на базі лікарень. Ширші можливості для навчання пацієнтів у «реальному світі» дозволять психіатрам в умовах диспансерів розвивати більш позитивну перспективу і краще розуміння людей з важкими і постійними психічними розладами.

Фармакотерапія в психіатричній реабілітації вимагає особливої уваги. Варто приймати до уваги той факт, що деякі побічні ефекти фармакологічного лікування можуть послабити здатність людини виконувати її соціальні ролі та погіршити професійну реабілітацію.

Висновки. Роль психосоціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями стає з кожним днем дедалі актуальнішою. На даний момент основні зміни в області психіатричної терапії та догляду беруть свої основи з психосоціальної реабілітації. Це найбільш важлива частина психіатричної допомоги і вона водночас поєднує психіатрію, як галузь, зі суспільством, адже ставлення громадськості до психіатрії в основному залежить від того, чи є фактично ефективною реабілітація, чи ні. Комісія США з питань психічного здоров'я заявляє, що надання допомоги постраждалим особам у досягненні функціонального відновлення є основним завданням системи охорони психічного здоров'я.

Ми повинні також знати, що між дослідженнями та практикою існує тривалий шлях. Наприклад, Lehman та Steinwachs оцінювали модель звичайного догляду за пацієнтами з шизофренією та вивчили рівень відповідності з рекомендаціями щодо лікування на основі існуючих наукових даних. Коефіцієнт відповідності був скромним, зазвичай нижче 50%. Здається очевидним, що існуюча практика лікування та реабілітації має бути істотно покращена у світлі наявних досліджень з реабілітації. Програма реабілітації повинна починатися з самого початку, коли пацієнт вступив у контакт з фахівцем в області психічного здоров'я. Лікар, який чекає початку реабілітації після того, як у пацієнта зникнуть основні симптоми захворювання, зазвичай не приносить користі пацієнту або сім'ї в довгостроковій перспективі. Удосконалення психіатричної реабілітації за кордоном досягло того рівня, що її легко може отримати кожен індивід. В Україні ж з цим виникають проблеми, оскільки державою не передбачено достатньої кількості кваліфікованих кадрів та дієвих програм по реабілітації пацієнтів психіатричних стаціонарів.

Список літератури

1. Anthony W. Cohen M. Farkas M, et al. Psychiatric rehabilitation. 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2012.
2. Rogers ES. Anthony W. Lyass A. The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Commun Ment Health J.* 2014;40:437–450.
3. Nordt C. Rössler W. Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* in press. – www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632277.
4. Health PsNFCoM. Achieving the promise: transforming mental health care in America. www.mentalhealthcommission.gov/reports/Finalreport/toc_exec.html.
5. Lehman AF. Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull.* – www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9502543.

Чорей Д.В., Романів О.П., Надь Б.Я.

Особливості проведення реабілітаційних заходів для пацієнтів з хворобою Альцгеймера

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Деменція є однією з основних проблем охорони здоров'я серед людей похилого віку у всьому світі. Хвороба Альцгеймера (ХА) становить близько 70% усіх випадків деменції, що разом з іншими нейродегенеративними захворюваннями (хвороба Паркінсона та множинний склероз), судинними захворюваннями та інфекціями формують

групу незворотніх форм деменції. Поширеність ХА різко зростає після 65 років. ХА повинна бути відиференційована від інших видів деменції: судинна деменція, деменція з тільцями Леві, хвороба Паркінсона з деменцією, лобно-скронева деменція та зворотні деменції. Діагноз ХА передбачає наявність клінічних ознак порушення пам'яті (неможливість запам'ятовувати нову інформацію чи відтворювати вже вивчену) та наростаючого погіршення хоча б однієї з когнітивних сфер (наприклад у вигляді афазії, апраксії та агнозії) у мірі, в якій вони викликають порушення соціальної та професійної діяльності. Досить поширеними є порушення у сфері мовлення, особистості та суджень, сенсорно-моторних функцій разом з втраченою пам'яті.

Мета роботи: огляд різних реабілітаційних заходів та методик, що проводяться для зменшення когнітивного дефіциту та налагодження незалежного щоденного функціонування у осіб з хвороб Альцгеймера.

Матеріали та методи. Проведено вивчення і аналіз електронних баз даних та публікацій присвяченим комплексним реабілітаційним заходам пацієнтів з хворобою Альцгеймера.

Результати. Хворобу Альцгеймера наразі віднесено до протеїнопатій, в основі патогенезу лежить акумуляція та абнормальне накопичення амілоїдів (бета та тау) у тканині головного мозку. Діагностика хвороби Альцгеймера базується на виявленні як нейрофібрилярних зв'язків, так і сенільних бляшок. Ключовими факторами ризику є: вік, сімейний анамнез, генетичні маркери (такі як ген аполіпопротеїну Е4, трисомія 21 хромосоми, мутації пресеніліну 1 та 2), жіноча стать після 80 років, діабет, ожиріння, гіперхолестеринемія.

На ранніх етапах найпоширенішими симптомами є труднощі у пригадуванні недавніх подій. При виникненні підозр на ХА діагноз зазвичай підтверджується тестами для оцінки поведінки та процесів мислення, за якими часто слідує МРТ головного мозку. З прогресуванням хвороби починають наростати сплутаність, дратівливість, агресія, перепади настрою, порушення відтворення мовлення та перцепції, втрата виконавчих функцій, неможливість виконувати дії, що потребують координації рухів (наприклад одягатись).

В цілому тактика при ХА передбачає: максимізацію можливостей пацієнта; відновлення втрачених функцій, де це можливо; психосоціальна підтримка та навчання членів сім'ї пацієнта. Психосоціальні втручання застосовують як додаток до фармакологічного лікування, вони в свою чергу класифікуються за підходами – поведінкового, емоційного чи когнітивного спрямування. Когнітивно спрямована терапія, особливо когнітивна стимуляція, у діапазоні від навчання, обговорення, дебатів до методик «вирішення проблем» та «орієнтація на реальність», відтворення спогадів – все більше включаються у терапію когнітивних порушень пацієнтів похилого віку. Нейропсихологічна реабілітація використовується для поліпшення когнітивних функцій шляхом полегшення роботи пам'яті через використання зовнішніх асоціацій та внутрішніх стратегій. У ході нейропсихологічної реабілітації з метою тренування пам'яті – залучається використання рухових рухів, вербальної асоціації та категоризації – та тренування навичок повсякденного життя.

Згідно теорії нейропластичності, відновлення ураженої когнітивної функції можливе за рахунок тренування інтактного модулю когніції. Оскільки пацієнти з ХА мають практично недоторкану неявну пам'ять при настанні захворювання, це, здається, є найкращим способом компенсації явного дефіциту пам'яті. Це завдання може бути виконано шляхом використання методик емоційного та перцептивного навчання, категоризації, напрацювання рухових навичок, звичок, підтримання вихідного рівня адаптивної поведінки. До прикладу, методика рухових асоціацій, дозволяє запам'ятати ім'я, місце чи подію створюючи необхідну асоціацію з певним рухом тіла. Ці вправи закріплюються під час групових занять. Методика словесних асоціацій передбачає побудову простих речень, з добре вивчених слів, таким чином, щоб викликати найбільшу кількість емоцій у пацієнта. Методика категоризації: для покращення навичок запам'ятовування слів кожному пацієнту було надано наступну вправу – пацієнтам запропоновано розділити слова у списку, наданому їм, на категорії (одяг, їжа тощо). Для того, щоб відтворити всі слова у списку, пацієнтам необхідно було лише згадати категорії. За методикою «навички у повсякденному житті». Для цієї процедури були використані функціональні завдання, в яких пацієнти проходили підготовку за наступними чотирма видами діяльності: використання телефону, надання та отримання повідомлень, використання щоденника та кроки до підготовки бутерброду. Оскільки пацієнти AD мають труднощі з передачею спонтанно навченої техніки на справжню повсякденну проблему, життєві ситуації щоденно моделюються. Наприклад, щоб працювати над навичками телефону, отримувати повідомлення та робити нотатки, навчання проводилося за допомогою телефону, паперу та пера, що імітує телефонний дзвінок. Так само, коли навчився писати зустрічі в щоденнику, він використовувався з реальними зустрічами та подіями.

Під час проведення реабілітаційних заходів важливо брати до уваги характерне поступове погіршення психічного статусу, скомпрометовані системи мозку, що перешкоджає усвідомленню власної хвороби, і все більш очевидний зв'язок між геріатричною депресією та деменцією. Незважаючи на те, що пом'якшення важкості нейродегенеративних порушень є першочерговим завданням, сповільнення когнітивного зниження, що дозволяє ще кілька місяців незалежної від догляду життєдіяльності, може суттєво вплинути на якість життя пацієнтів, відтягуючи необхідність більш інтенсивного стороннього догляду. Проте існує низка нейропсихологічних та психологічних перешкод при спробі залучити пацієнтів з ХА до реабілітації.

Досить часто пацієнти заперечують наявність або тяжкість когнітивних та функціональних порушень, незважаючи на очевидні докази протилежного. Анозогнозія описується як відсутність усвідомлення або розуміння хвороби, що може являти собою механізм захисту, погіршення когнітивних процесів, що відповідають за усвідомлення свого стану, або і те і інше. Також лікар може зіштовхнутися з браком мотивації та апатією з боку пацієнта, або

відчуттям безвихідності, що може первинно бути наслідком захворювання, чи вторинно, як прояв інволюційної депресії. Тому важливо є встановити мотиваційні стратегії.

Висновки. Хвороба Альцгеймера викликає серйозний інвалідизуючий вплив на осіб, що страждають цим захворюванням, і нерідко має руйнівні наслідки для тих, хто здійснює догляд за ними. Реабілітація пацієнтів з хворобою Альцгеймера має на меті компенсувати наявний когнітивний дефіцит, щоб пристосувати таких пацієнтів до якомога більш самостійної життєдіяльності, а також відтермінувати подальше когнітивне зниження. Дослідження показали, що пацієнти з ХА мають труднощі при перенесення засвоєних методик та стратегій на проблеми у повсякденному житті, тому виникає необхідність постійно моделювати різні життєві ситуації, використовуючи все нові і нові стратегії запам'ятовування та відтворення вивчених навиків. Не зважаючи на велику кількість розроблених програм та стратегій, досягти стабільної позитивної динаміки вдається вкрай рідко, тому навіть найменший прогрес у повсякденному житті пацієнта є досягненням і потребує наступного підкріплення і повтору, і однозначно позначається на емоційному стані пацієнтів та їх близьких.

Список літератури

1. Clare L, Jones RS. Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: A critical review. *Neuropsychology Review*. 2013;18:1–23.
2. Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The neurologist*. 2012;13:105–117.
3. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25:1253–1258.
4. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;183:248–254.

Чорей Д.В., Романів О.П., Надь Б.Я.

Особливості психоемоційної сфери батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Аутизм є досить важким стресогенним чинником для родини, який ускладнюється ще й тим, що аутистична дитина фізично є повносправною. Перші наукові дослідження проблематики дитячого аутизму з'явилися на початку ХХ ст. За частотою дитячий аутизм перебуває на четвертому місці серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології у дітей після розумової відсталості, епілепсії та дитячого церебрального паралічу. Згідно із статистикою, показник поширеності аутизму в Україні, тільки за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис. осіб (0,2%). Реакція батьків на те, що їхня дитина має порушення розвитку, є різною, незважаючи на те, які ці порушення. Коли батьки дізнаються діагноз дитини, вони змушені переосмислити та змінити свої звички, зацікавлення, цінності та, в кінцевому підсумку, своє ставлення до дитини. Це пов'язано з тим, що виховання аутистичної дитини вимагає непередбачуваних додаткових обов'язків, зміни цілої структури укладеного способу життя родини.

Виховання аутистичної дитини передбачає використання значних психологічних ресурсів, котрі обмежені через втрату контактів і зв'язків внутрішньородинних та позародинних, відсутність інтересів, які виходять за межі, пов'язані з хворобою дитини, а також і фізіологічних, що вичерпуються у зв'язку з безсонням, головним болем, порушенням кровообігу. Проте, у працях цих дослідників не описано специфіки батьківського ставлення до аутистичних дітей, не подано схеми роботи з батьками таких дітей. Виховання аутистичної дитини батьки переживають як психологічну травму, що знаходить доволі потужне відображення у батьківсько-дитячих стосунках, внутрішньо-особистісних взаєминах та в системі ціннісних орієнтацій. Зазвичай це має негативний вплив на розвиток особистості дитини.

З огляду на це, проблема батьківського ставлення до аутистичних дітей заслуговує особливої уваги.

Мета роботи: дослідження ціннісно-орієнтаційних та емоційних аспектів ставлення батьків до аутистичних дітей.

Матеріали та методи. Проведено вивчення і аналіз електронних баз даних та публікацій присвяченим особливостям допомоги батькам, які виховують дітей з РАС, проаналізовано особливості ставлення батьків, основні концепції батьківського переживання, модель якості життя батьків, сімейні проблеми та проблеми сиблінгів, задоволення основних потреб родини, моделі функціонування родини, взаємовідносини у сім'ї та ставлення до неповносправної дитини, моделі виховання дитини з розладами розвитку, синдром вигорання та копінг-стратегії.

Результати. Проблема особливої поведінки при аутизмі проявляється через стереотипи, деструктивну поведінку, ритуали, сенсорні порушення та аутоstimуляцію. З одного боку, «дивна» поведінка аутистів спричиняє проблеми в