

3. Rules of the commission forensic medical examination in bureau of forensics// Order of the Ministry of Health of Ukraine 'On the development and improvement of the forensic service of Ukraine.' - 17 January 1995 r., Number 6. - K.: Ministry of Health of Ukraine, 1995. - P. 83-88 (Ukr.)

4. L.G. Dunaevskaya. The investigation of crimes committed during the provision of medical care / LG Dunaevskaya // Monograph. - K.: ADS UMK Center, 2012. - 168 p. (Ukr.)

5. Unified report of the Prosecutor general's office of Ukraine about criminal offenses in the state [electronic resource] - Access: <http://www.gp.gov.ua/ua/stat.html>.

6. Criminal Procedure Code of Ukraine. Scientific commentary in two parts / Pod Society. Ed. V.T. Malyarenko, V.G. Goncharenko. - K.: Forum, 2003. - 938 p. (Ukr.)

7. Scientific commentary of the Criminal Code of Ukraine / Prof. Korzhansky M.I. - K.: Atika, Academy, Elga-N, 2001. - 656 p. (Ukr.)

8. Scientific-practical commentary to the Criminal Code of Ukraine / Ans. Ed. SS Yatsenko. - K.: ASK, 2002. - 936 p. (Ukr.)

9. Scientific-practical commentary to the Criminal Code of Ukraine: In 2 t. - T. 2 / Pod Society. Ed. P.P. Andrushko, V.G. Goncharenko, E.V. Fesenko. - 3rd ed., Be refurbished. and fulfill. - K.: alerts; CST; Center of educational literature, 2009. - 624 p. (Ukr.)

10. Scientific-practical commentary to the Criminal Code of Ukraine. - 4th ed., Be refurbished. and fulfill. / Ans. Ed. SS Yatsenko. - K.: ASK, 2005. - 848 p. (Ukr.)

11. Litvinov O., Bilenchuk P., Belyakov K. Criminal codex of Ukraine. Scientific and practical comment. - K., 2016. - P. 536. (Ukr.)

12. Unified State Register of court decisions Ukraine [electronic resource] - Access: <http://www.reyestr.court.gov.ua/>

Работа поступила в редакцию 05.05.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.89-008.454-055.5/7:159.9

Д. А. Волощук

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З РОДИЧАМИ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Одеський Національний Медичний Університет

Summary. Voloshchuk D. A. **THE ORGANIZATION OF PSYCHOCORRECTIONAL WORK WITH THE RELATIVES OF VASCULAR DEMENTIA PATIENTS.** - Odessa National Medical University, e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru. Till now the problem of the clinical and psychological maladjustment persons whose relatives suffer from dementia, almost uncovered. The results of the initial work carried out by us have shown the urgency and the need for a detailed study of this issue. In the present article the urgency of the problem of tracking patients with vascular dementia and their relatives. The aim of this work was to study the clinical and psychopathological and social characteristics of patients with vascular dementia, as well as the laws of formation of maladjustment in their families and the development of integrated health and social support for patients and their families. The author cites his own research, which shows the features of disorders of mental and emotional state of the relatives of patients with vascular dementia.

For the first time presented psychocorrectional target interventions in relatives of patients with vascular dementia, and it is in the psycho-emotional disorders, personality and psychosocial areas.

Key words: vascular dementia, relatives of patients, the level of anxiety, subjective fatigue scale, especially emotional state.

Реферат. Волошук Д. А. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ. До настоящего времени проблемы клинко-психологической дезадаптации лиц, родственники которых болеют деменцией, практически не раскрыты. Результаты проведенных нами начальных работ показали актуальность и необходимость детального изучения данного вопроса. В представленной статье раскрыто актуальность проблемы сопровождения больных сосудистой деменцией и их родственников. Целью данной работы стало изучение клинко-психопатологических и социальных особенностей пациентов с сосудистой деменцией, а также закономерностей формирования дезадаптации у их родственников и разработка комплексного медико-социального сопровождения больных и их семей. Автор приводит данные собственного исследования, где представлены особенности нарушений психоэмоционального состояния у родственников больных сосудистой деменцией. В работе впервые представлены мишени психокоррекционных интервенций у родственников пациентов с сосудистой деменцией, а именно нарушения в психоэмоциональной, личностной и психосоциальной сферах.

Ключевые слова: сосудистая деменция, родственники больных, уровень тревоги, субъективная шкала астении, особенности психоэмоционального состояния.

Реферат. Волошук Д. А. ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З РОДИЧАМИ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ. До сьогоднішнього часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичі яких хворіють на деменцію практично не розкриті. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення даного питання. У представленій статті розкрито актуальність проблеми супроводження хворих на судинну деменцію та їх родичів. Метою даної роботи стало вивчення клініко-психопатологічних та соціальних особливостей пацієнтів з судинною деменцією, а також закономірностей формування дезадаптації у їх родичів та розробка комплексного медико-соціального супроводу хворих та їх родин. Автор наводить дані власного дослідження, де представлено особливості порушень психоемоційного стану у родичів хворих на судинну деменцію. У роботі, вперше представлено мішені психокорекційних інтервенцій у родичів пацієнтів з судинною деменцією, а саме порушення в психоемоційній, особистісній та психосоціальной сферах.

Ключові слова: судинна деменція, родичі хворих, рівень тривоги, суб'єктивна шкала астенії, особливості психоемоційного стану.

Вступ. В Україні кількість людей більше 60 років становить 18,9% населення [5]. Крім суто економічних проблем, невпинне зростання питомої ваги та абсолютної чисельності осіб похилого віку створює для держави значні медичні проблеми в зв'язку з зростанням тієї категорії населення, що має найбільш високий ризик розвитку певних видів психічної патології, які характерні для похилого віку, зокрема судинної деменції, що визначає необхідність докладного вивчення клінічних аспектів даної патології [1, 4].

В даний час все більше уваги приділяється дослідженням, що передбачають вивчення пацієнта в єдності з його оточенням і здійснюваним на стику психології, медицини та соціології [2, 7, 9]. Родичі, які доглядають за невиліковними хворими, все частіше стають центральним об'єктом дослідження та аналізу.

До сьогоднішнього часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичі яких хворіють на деменцію практично не розкриті [6, 10]. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення даного питання, дозволили більш точно сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції, дозволили вдосконалити методи психологічного обстеження і стали основою для більш масштабних та докладних досліджень [3, 8, 11].

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проходило на протязі 2014-2016 рр. на базі «Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я», де було обстежено 128 хворих на судинну деменцію та 235 їх родичів. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Родичів хворих було інформовано про тему та мету наукової роботи, а також про заходи психокорекції, які проводились в дослідженні. В ході роботи дослідженням неодноразово підкреслювалось, що участь у дослідницькій роботі є цілком добровільним та конфіденціальним, Серед загальної кількості обстежених до участі у подальшій роботі було відібрано 106 хворих на судинну деменцію, які склали Gr 1 та 163 родича – Gr 2.

Для психодіагностичного обстеження родичів хворих на судинну деменцію використовували комплекс тестових методик, які дозволили визначити особливості психоемоційного стану родичів, їх особистісні особливості, мотивацію догляду за хворим на деменцію, особливості поведінки та сімейної взаємодії, а також показники якості життя родини пацієнта. Для діагностики психоемоційних особливостей використовували наступні методики: Самооцінка емоційного стану (Н. О. Марута, 2001), шкала Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії, суб'єктивна шкала оцінки астенії (MFI-20), методики вимірювання почуття провини як стану та особистісної кризи PGI (J. R. Otterbacher, D.C. Munz, 1973), шкали любові і симпатії З. Рубіна в модифікації Л. Я. Гозмана та К. Е. Алешиної (1975). Особистісні особливості вивчались за допомогою Фрайбургського особистісного опитувальника [9].

Отримані результати, їх обговорення

В даній роботі описано організацію допомоги суто контингентові родичів пацієнтів з судинною деменцією. Дослідження складалось з декількох етапів. Дизайн дослідження представлено на рис. 1.



Рис. 1. Дизайн дослідження

На першому етапі дослідження було проведено психодіагностику особливостей психоемоційної, особистісної та мотиваційної сфери родичів пацієнтів з судинною деменцією.

На другому етапі, на підставі отриманих результатів, нами було розроблено систему психокорекції. Для родичів пацієнтів з судинною деменцією було проведено низку психокорекційних заходів, які включали психоосвіту та екзистенційну терапію.

На третьому етапі планується аналіз передклінічного супроводу, включав аналіз ефективності проведення психокорекційного етапу та формування груп психопрофілактичного супроводу родичей хворих на судинну деменцію. На етапі післяклінічного супроводу буде розроблено програму довгострокового супроводу родичей хворих на судинну деменцію. Програма включатиме в себе ведення сформованих раніше

груп родичей та створення інтернет ресурсу для можливості консультування та надання психологічної допомоги учасникам психопрофілактичних груп.

В результаті проведеного психодіагностичного дослідження було виявлено дезадаптивні характеристики родичів пацієнтів з судинною деменцією на психоемоційному, особистісному та мотиваційному рівнях.

У більшості спостерігалась низька виразність емоцій позитивного полюсу при переважанні негативних емоційних переживань (54,5%). Також в Г2 37,93 % досліджених відрізнялись високим рівнем тривоги. Високий рівень тривоги проявляється в підвищеній схильності до переживань. Досліджені відчували стан несвідомого страху, невизначене відчуття загрози, часто сприймали нейтральні події як несприятливі і небезпечні. Також особи з високим рівнем тривоги відмічали схильність до настороженості і пригніченого настрою, у них виникали труднощі у контактах з навколишнім світом, який представлявся їм лякаючим і ворожим, розвивалась занижена самооцінка і тенденція до песимістичного ставлення до життя. Схожі тенденції спостерігались щодо рівня депресії: переважна більшість родичів мали високий або середній рівень депресії (71,26 %). Досліджені, які відрізнялись високим рівнем депресії, більшість часу мали пригнічений настрій, відмічали ангедонію, відсутність апетиту, порушення сну, психомоторне збудження або загальмованість, стомлюваність, порушення концентрації уваги, нерішучість.

В обох групах досліджених відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації, при цьому, середній бал за шкалами: «загальна астенія» та «знижена активність» був достовірно вищим у порівнянні з іншими показниками ($p < 0,05$). У досліджених найпоширенішою скаргою була втомленість. Поряд з підвищеною стомлюваністю і виснаженням вони відмічали такі прояви, як дратівлива слабкість, гіперестезія, вегетативні порушення, розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон).

Загальною рисою родичів пацієнтів з судинною деменцією була наявність невротичності (62,8 %). Достовірно більш виразними в були показники за «спонтанною агресивністю» (22,1 %), «роздратованістю» (41,3 %), «реактивною агресивністю» (19,2 %) та «емоційною лабільністю» (38,6 %).

Найбільш часто використовувався в групах дослідження захисний механізм інтелектуалізації, при цьому достовірно більш високим був середній бал за ступенем напруженості (57,3 %). Особистості, схильні до інтелектуалізації, присікали переживання, викликані неприємною або суб'єктивно неприйнятною ситуацією за допомогою логічних установок і маніпуляцій навіть за наявності переконливих доказів на користь протилежного. Родичі пацієнтів були схильні створювати псевдологічні, але слухні обґрунтування своєї або чужої поведінки, дій чи переживань, викликаних причинами, які вони не могли визнати через загрозу втрати самоповаги. При цьому нерідко спостерігались очевидні спроби знизити цінність недоступного для особистості досвіду. Так, опинившись в стресовій ситуації або в ситуації конфлікту, людина захищала себе від негативного впливу шляхом зниження значущості причин, що викликали цей конфлікт або психотравматичну ситуацію.

На другому місці за частотою використання була стратегія «проекції» (37,2 %). Особи схильні використовувати механізм «проекції» приписували іншим людям неусвідомлені і неприйнятні для особистості почуття і думки. Наприклад, негативний відтінок почуттів і властивостей, наприклад, агресивність, приписувалась оточуючим, з метою виправдання власної агресивності або недоброзичливості.

Також характерною захисної копінг-стратегією в групах досліджених була стратегія заперечення (27,2 %). За допомогою даного механізму особистість або заперечувала деякі фруструючі та викликаючі тривогу обставини, імпульси або саму себе. Дія механізму заперечення виявлялась в невизнанні тих аспектів зовнішньої реальності, які, були очевидними для оточуючих, проте не визнавались самою особистістю.

Також часто використовуваною родичами хворих на судинну деменцію була стратегія «витіснення» (18,6 %). З. Фрейд вважав цей механізм головним способом захисту інфантильного «Я», нездатного чинити опір спокусі. За допомогою «витіснення» неприйнятні для особистості імпульси: бажання, думки, почуття, що викликали тривогу, ставали несвідомими, а викликане ними емоційне напруження суб'єктивно сприймалось як зовні невмотивована тривога. Переважаючими мотивами догляду у родичів пацієнтів з судинною деменцією були фактори «провина» (36,2 %) або «обов'язок» (28,6%).

Виявлені зміни в психоемоційній, особистісній та мотиваційній сферах стали

мішеннями психокорекційної роботи (рис. 2).

Психоосвітній підхід полягав в наданні родичам достовірної повної інформації щодо різних аспектів захворювання - медичних, юридичних, психологічних ін. Це допомагало рідним зорієнтуватися поточної ситуації, отримати відомості про причини і перебігу захворювання, його лікуванні прогнозі, зрозуміти, як слід поводитися при догляді за хворим. Такий підхід сприяє зменшенню родичів тривоги, що виникає зв'язку з невизначеністю початку захворювання. Психоосвітня програма - важливий крок наданні допомоги родині. Однак для успішного застосування знань, отриманих ході психоосвітніх занять, родичам часто необхідно міняти свої звички і здобувати нові навички.

Наступним етапом психокорекційної роботи була робота в групах екзистенційного досвіду (ГЕД). Така робота розширювала уявлення родичів пацієнтів з судинною деменцією про самого себе і про відносини з іншими людьми, допомагає знайти способи вирішення актуальних проблем, налагодити стосунки з близькими, знайти своє місце в соціумі, підвищити задоволеність життям, придбати впевненість і стійкість до стресів.

Робота у групах ГЕД проходила у вигляді низки послідовних етапів.

Перший етап мав психодіагностичну спрямованість та дозволив отримати інформацію про сприйняття клієнтом найважливіших подій життя за останній рік; про усвідомлення всієї складності ситуації, пов'язаної з доглядом за пацієнтом з судинною деменцією; про те, як особа бачить перспективи свого подальшого життя; з'ясовуються особисте ставлення родича та його оцінку впливу ситуації догляду на власне здоров'я, психічний стан, працездатність.

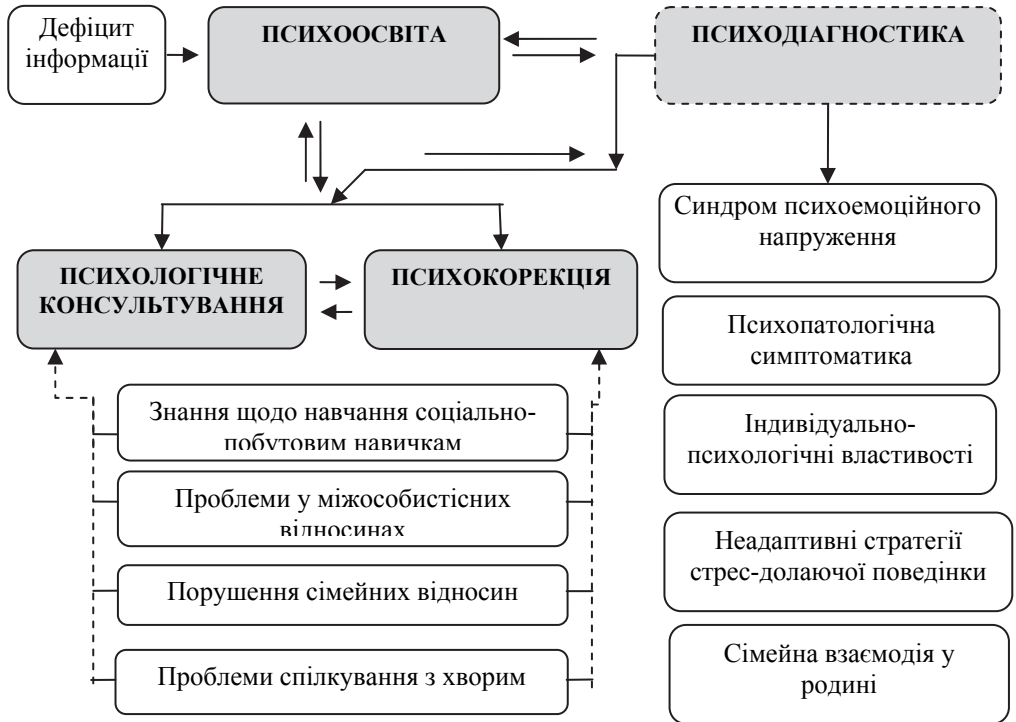


Рис. 2. Схема психокорекційної допомоги родичам пацієнтів з судинною деменцією

Другим етапом роботи групи було надання екзистенційної психологічної допомоги. Робота екзистенційної групи була структурованою в часі, просторі та за кількістю учасників. Зустрічі групи проводились 2 рази на тиждень, тривалість кожної зустрічі – 8 годин. Загальний термін роботи групи складав 3 місяці. Психолог-екзистенційний консультант мав підвести клієнта до такого стану, коли той перестане тікати від реальності або боротись з нею, перебільшуючи її значення. При такому підході важливо було фокусувати увагу родичів пацієнтів з судинною деменцією на своїх переживаннях. Зміст занять ГЕД не планувався заздалегідь, використовувалися різні технологічні методи роботи

(вправи, ігри, афоризми, відкриті запитання. В роботі психолога ГЕД основними принципами роботи були емпатія і нейтральність. Емпатія допомагала зрозуміти, як учасники почувають себе у житті, дозволяла учасникам групи тимчасово ідентифікуватися зі своїми турботами, скориставшись власним досвідом життя. Нейтральність знижувала ймовірність нав'язування учасникам свої оцінки та відзеркалювала бажання терапевта неупереджено зрозуміти життя учасників. Важливим специфічним обов'язком психолога ГЕД було не інтерпретувати, а феноменологічно висвітлювати все, що відбувається у групі. Таким чином, кожного учасника ГЕД розуміли в контексті його власного життєвого світу. Будь-яка життєва ситуація учасника, в групі або за її межами, охоплювала як саму особистість, так і її близьких, друзів, роботу, інших учасників групи. Ці аспекти власного світу учасника опрацьовувались в групі, оскільки вони були складовими психологічних проблем особистості.

Робота ГЕД була спрямованою на відновлення здібності родичів пацієнтів з судинною деменцією до відчуття свідомості життя, можливості робити вибір та формулювати власні бажання без відчуття провини, відновлення здатності створювати нові та підтримувати існуючі соціальні зв'язки, формування почуття відповідальності, цілісне самоусвідомлення та здатність до розвитку.

На даному етапі дослідження триває психокорекційна робота з родичами пацієнтів з судинною деменцією, аналіз її ефективності планується на наступному етапі.

Висновки

1. До сьогодення проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичів яких хворіють на судинну деменцію практично не розкриті. Результати аналізу сучасних літературних джерел показали актуальність та необхідність детального вивчення даного питання, дозволили більш точно сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції.

2. У більшості родичів пацієнтів з судинною деменцією відмічались негативні зміни в психоемоційній (62,8 %), особистісній (58,1 %) та мотиваційній (52,3 %) сферах.

3. Виявлені негативні зміни стали мішенями психокорекційної роботи з родичами пацієнтів з судинною деменцією, яка мала психоосвітню та психотерапевтичну складову.

Література

1. Агарков В. И. Реформирование здравоохранения как совершенствование системы медицинской помощи населению / В. И. Агарков, С. В. Грищенко, Г. К. Северин // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2 (18). – С. 20-24.

2. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк // – Тернопіль : ТзОВ «Тернограф», 2010. – 432 с.

3. Альманах психологических тестов / [под. ред. Р. Р. Римского]. – М., 1997. – 397 с.

4. Буркин М. М. Деменции позднего возраста: учеб. пособие / М. М. Буркин, В. А. Теревников. – Петрозаводск, 2004. – с. 65-73.

5. Вербицкая С. В. Клинический опыт применения мемантина при постинсультной деменции / С.В. Вербицкая, В.А. Парфенов // Неврол журн. - 2008. – №4. – С.5-8.

6. Дубенко А. Е. Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов / А. Е. Дубенко, В. И. Коростий // НейроNEWS. – 2014. – № 1 – С. 22-28.

7. Деменции: руководство для врачей. / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина // – М.: Изд. Медпресс-информ, 2011. – 272 с.

8. Костюченко С. Сосудистая деменция: подходи и перспективі фармакологического лечения / С. Костюченко // НейроNews. – 2015. – №5 (69). – С. 27-32.

9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский – Самара: Бахрах–М, 2002. – 672 с.

10. Duron E. Vascular risk factors, cognitive decline, and dementia // E. Duron, O. Hanon // Health Risk Manag. – 2008. – Vol. 4, № 2. – P. 363-381.

11. Frequency of cognitive impairment without dementia in patients with stroke: a two-year follow-up study / S. Serrano, J. Domingo, E. Rodriguez-Garcia // Stroke. – 2007. – № 38. – P.105 - 110.

References:

1. Agarkov VI Health Reform as improving the health care system public / VI Agarkov, SV Grishchenko, GK Severin // Shidnoevropeysky magazine Gromadska Health Protection. - 2012. - № 2 (18). - S. 20-24 (Rus.).
2. Aktualni power gerontopsihiatrii: The Teaching posibnik / I. Ya Pinchuk, VV Chaykovska, LA Stadnyuk // - Ternopil: TzOV "Ternograf", 2010. - 432 p. (Ukr.)
3. Almanac psychological tests / [under. Ed. RR Rome]. - M., 1997. - 397 p. (Rus.)
4. MM Burkin Dementia late age: studies. Benefit / MM Burkin, VA Terevnikov. - Petrozavodsk, 2004. - P. 65-73 (Rus.).
5. Verbitskaya SV Clinical experience of memantine with poststroke dementia / SV Verbitskaya, VA Parfenov // Nevrol. Zhurnal, 2008. -. №4. - P. 5 – 8 (Rus.).
6. Dubenko AE Depression and dementia: comorbidity, differential diagnosis and tactics of patients / AE Dubenko VI // NeyroNEWS scab. - 2014. - N 1 - P. 22-28 (Rus.).
7. Dementia: a guide for physicians. / NN Yahno, VV Zakharov, AB Lokshin // - M.: MEDpress-Inform, 2011. - 272 p. (Rus.)
8. Kostyuchenko S. Vascular dementia: podhodi perspektivi and pharmacological treatment // NeyroNews. - 2015. - №5 (69). - P. 27-32. (Ukr.)
9. Raigorodskii DY Practical psychodiagnosics. Procedures and tests: a tutorial / DY Raigorodskii - Samara: Bachrach –M., 2002. - 672 p. (Rus.).
10. Duron E. Vascular risk factors, cognitive decline, and dementia 11 Vase. / E. Duron, O. Hanon // Health Risk Manag. - 2008. - Vol. 4, № 2. - P. 363-381.
11. Frequency of cognitive impairment without dementia in patients with stroke: a two-year follow-up study / S. Serrano, J. Domingo, E. Rodriguez-Garcia // Stroke. - 2007. - №38. - R.105-110.

Работа поступила в редакцию 17.04.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616-08-039.76

А. А. Олешко, Л. Я. Гриняева

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

КУ «Одеський обласний клінічний медичний центр», м. Одеса

Summary. Oleshko A. A., Griniayeva L. Ya. **MEDIACAL REHABILITATION IN THERAPEUTICAL ESTABLISHMENTS** – *Odessa regional clinical medical centre, e-mail: nymba@mail.ru.* Medical rehabilitation is not a separate, independent branch of medical affairs and mandatory component in the complex treatment of patients with different pathologies, so creating different profiles offices in multidisciplinary rehabilitation hospitals with different ownership and subordination is an absolute must. This will enable to meet the needs of patients in the high-quality medical rehabilitation assistance to control the quality according to AI laboratory, clinical, functional and other studies use natural and preformed physical factors and medication, exercise routine and emergency patients consult specialists establishment. Creation of medical rehabilitation departments will implement complex rehabilitation at any stage of treatment and the optimal amount of the required sequence, as well as expand the scope of clinical treatment groups. The main, the main principle of rehabilitation is early onset, phasing, and acceptable, and continuity of treatment; reducing the complex nature of the event; individual approach to each patient on the basis of his personal traits. The economic effectiveness of the rehabilitation estimate of the additional product which produced a result of reducing morbidity and reducing the cost of