

КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ Й ЗМІСТОВНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ

На основі клініко-психопатологічного і психодіагностичного обстеження 200 хворих із неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу наведено клініко-організаційні і змістовні аспекти їх комплексної медичної допомоги. Визначено основні напрями психотерапевтичного втручання: психодіагностика, психотерапевтична корекція, психотерапевтична підтримка, психоосвіта, психопрофілактика.

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, неспсихотичні психічні розлади, комплексна медична допомога.

За визначенням ВООЗ, під глибоким порушенням зору розуміють постійне або тимчасове порушення зорових функцій, що триває значний період часу, обмежує здатність людини виконувати один або кілька основних видів діяльності та може бути погіршене економічними і соціальними умовами [1].

Часткова втрата зору травматичного генезу (ЧВЗТГ) у дорослому віці супроводжується глибокими емоційними і соціальними наслідками, які впливають не тільки на психофізіологічний стан самого індивіда, але і на його взаємодію із сім'єю і суспільством. Наявність ЧВЗТГ обмежує життєві перспективи людини (отримання бажаної освіти, питання працевлаштування, створення сім'ї тощо). Результатом таких обмежень нерідко стають гострі стресові реакції, що супроводжуються негативними переживаннями, формуванням особистісних установок на інвалідність та, нарешті, розвитком неспсихотичних психічних розладів (НПР) [2–6].

Отже, з метою визначення клініко-організаційних і змістовних аспектів комплексної медичної допомоги особам із НПР унаслідок ЧВЗТГ за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання і визначення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору нами проведено скринінгове обстеження 200 пацієнтів із ЧВЗТГ. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК було здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основну

(ОГД) — 200 хворих, у яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та групу порівняння (ГП) — 200 осіб, психічний стан яких відповідав умовній нормі.

Критеріями невключення в дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; виражені соматичні захворювання, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами кластера F43 за МКХ-10 — «реакція на стрес та адаптаційні розлади», серед яких домінувала «змішана тривожно-депресивна реакція» — F43.22 (97, (48,5%) пацієнтів ОГД), приблизно у третини обстежених були встановлені «продовжена депресивна реакція» — F43.21 (44, (22,0%) пацієнти ОГД), «адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій» — F43.23 (29, (14,5%) пацієнтів ОГД), у 23 (11,5%) хворих виявлено «посттравматичний стресовий розлад» — F43.1, а у 7 (3,5%) — «адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки» — F43.25.

Під допомогою хворим із НПР унаслідок ЧВЗТГ ми розуміємо комплекс спеціалізованих медичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів, спрямованих на попередження виникнення симптомів НПР та психосоціальної дезадаптації, забезпечення гідного рівня соціального функціонування пацієнтів у повсякденних умовах життєдіяльності.

Основною метою заходів комплексної допомоги є максимальне відновлення здоров'я, працездатності, особистісного і соціального статусів

пацієнтів, досягнення матеріальної та соціальної незалежності, інтеграції і реінтеграції у звичайні умови життя. Завдання допомоги визначаються особливостями як втрати зору та її наслідків, так і перебігу НПР та їх наслідками, характером і ступенем порушених функцій, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності пацієнтів. Власне, процес комплексної допомоги має включати такі етапи: 1) розробка заходів комплексної допомоги з урахуванням коморбідності двох захворювань; 2) проведення заходів; 3) оцінка їх ефективності.

Організаційні аспекти комплексної допомоги хворим із НПР унаслідок ЧВЗТГ мають формуватися на таких методологічних принципах:

1) *єдності допомоги*, що відображає єдність заходів (спеціалізованих медичних, психологічних, соціокультурних, професійних), які ведуть до максимального і якісного відновлення;

2) *керованості впливів*, тобто вивчення ефективності комплексних заходів (спеціалізованих медичних, психологічних, соціокультурних, професійних);

3) *цілісного (комплексного) підходу*, що передбачає участь мультидисциплінарної бригади фахівців — лікарів-офтальмологів, психіатрів, психологів, працівників соціальної сфери і т. ін.;

4) *інтегральності* — повна оцінка стану пацієнта з урахуванням усіх внутрішніх і зовнішніх чинників із метою організації комплексних раціональних заходів допомоги;

5) *індивідуального підходу* при врахуванні особливостей стану пацієнта, його функціональних можливостей, віку, статі, складу фахівців і використовуваних методів і засобів. Передбачає визначення типу адаптивного реагування і ступеня дисбалансу регуляторних систем, характеру і вираженості порушень;

6) *спадковості*, який вимагає врахування стану динаміки життєвого стереотипу, мінливості продуктивності психічної діяльності, що відбиває будь-які, в тому числі незначні для звичайних видів діяльності, коливання зовнішнього середовища в силу їх індивідуальної значущості;

7) *детермінізму*, тобто аналізу чинників, що обумовлюють виникнення НПР;

8) *наступності* з дотриманням показань і протипоказань, послідовним застосуванням єдиних методик, програм та критеріїв оцінки результатів;

9) *адаптивності*, тобто реагування на зміну зовнішніх умов із метою підвищення ефекту заходів.

Узагальнюючи, можна зазначити, що наведені принципи забезпечують розподіл пацієнтів на групи за ступенем вираженості НПР, а також вивчення структури і потреб хворих, що дає змогу диференційовано розробляти заходи щодо надання їм комплексної медичної допомоги. Результати

дослідження дозволяють на підставі аналізу вираженості симптомів НПР та порушень соціального функціонування пацієнтів із ЧВЗТГ визначити прогноз успішності комплексної медичної допомоги, її основні напрями та зміст. Завдяки диференційованому системному підходу щодо оцінки тяжкості НПР, порушень соціального функціонування і можливостей відновлення психічного здоров'я можна встановлювати логічні взаємозв'язки між різними структурними компонентами надання комплексної медичної допомоги пацієнтам.

Базуючись на принципі єдиного підходу до проведення лікувальних заходів, ми розробили концептуальну схему надання комплексної медичної допомоги пацієнтам із різним ступенем вираженості НПР унаслідок ЧВЗТГ відповідно до вимог нормативних документів МОЗ України, сучасних науково-теоретичних розробок і результатів власних досліджень.

Запропонована організаційна схема надання медичної допомоги передбачає розподіл пацієнтів на три групи залежно від тяжкості клініко-психопатологічної симптоматики: легкий, помірний, виражений. Цей розподіл на групи дозволяє розглядати їх в структурі надання комплексної медичної допомоги як диференційовані підсистеми в системі єдиної допомоги та враховувати вплив клінічних ознак на зміну соціального функціонування.

У процесі дослідження виявлено, що основними засобами допомоги є: медикаментозна, психоосвітня, психотерапевтична, консультативна, психопрофілактична.

Розроблені підходи надання комплексної медичної допомоги хворим із НПР забезпечують:

визначення потреб пацієнтів у заходах (глибина втручання) залежно від проявів обох розладів та їх коморбідного впливу на соціальне функціонування;

основні напрями власне комплексної медичної допомоги (їх зміст);

дієву оцінку ефективності втручання.

Як заходи комплексної допомоги особам із НПР унаслідок ЧВЗТГ, так і їх зміст базуються на прийнятті позиції, що пацієнти є групою підвищеного ризику щодо формування у них ознак психосоціальної поведінкової дезадаптації. Таким чином, первинним у допомозі є діагностична складова — своєчасна і правильна оцінка клінічних та психосоціальних порушень. На наш погляд, головну роль у зменшенні нервово-психічного навантаження на пацієнта відіграють якісно розроблені психотерапевтичні заходи, які спрямовані на усунення та компенсацію обмежень життєдіяльності. За рахунок психотерапевтичної складової комплексної допомоги відбувається відновлення (формування, розвиток) психічної діяльності та функцій,

якостей і утворень. Такій підхід сприяє успішному адаптуванню пацієнтів у середовищі і суспільстві, виконанню властивій їм соціальної ролі.

За результатами дослідження вивчено пріоритетні напрями психотерапевтичної допомоги, враховуючи думку — суб'єктивну оцінку пацієнтів ефективності запропонованих впливів. До основних напрямів психотерапевтичного втручання належать такі.

Психодіагностика, що передбачає проведення психотерапевтичних заходів, які базуються на результатах комплексної ретельної психодіагностики (оцінка потреб, специфіка порушень, характер проблем дезадаптації). Ідентифікація особливостей клінічних ознак НПР, особистості пацієнта, його психоемоційного статусу дає змогу відібрати найефективніші психотерапевтичні та психопрофілактичні впливи з урахуванням потреб та можливостей хворого.

Психотерапевтична корекція, яка змістовно орієнтована на встановлення мішеней — патогенетичних й ситуаційних, що є підґрунтям або наслідком НПР, для нівеляції їх клінічних проявів та активізацію особистісних адаптаційних ресурсів пацієнтів.

Психотерапевтична підтримка передбачає надання загальної емоційної підтримки, вирішення проблем життєдіяльності у суспільстві, консультування з питань міжособистісних відносин.

Психоосвітня робота — це надбання загальних психологічних знань із формуванням навичок їх застосування у житті, що виступають підґрунтям саморозвитку і саморегуляції особистості у поліпшенні відносин у суспільстві.

Психопрофілактична робота, важливою складовою впровадження психотерапевтичного втручання якої на усіх етапах допомоги є визначення їх диференційованості залежно від наявних потреб пацієнтів. Визначення потреби у допомозі хворим, які страждають на НПР унаслідок ЧВЗТГ, подано у таблиці.

Визначення потреби у допомозі пацієнтам, які страждають на непсихотичні психічні розлади внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу (n = 200)

Напрями комплексу заходів	Об'єктивна оцінка, %	Суб'єктивна оцінка, %
Психодіагностика	100,0	48,0
Психотерапевтична корекція	90,5	65,6
Психотерапевтична підтримка	62,1	87,0
Психоосвітня робота	52,5	60,0
Психопрофілактика	100,0	97,0

За результатами визначення структури потреб пацієнтів (із урахуванням суб'єктивної значущості й частоти) установлені основні клінічні та психосоціальні проблемні сфери, які потребують корекції, а саме:

1) астенічні, тривожно-депресивні порушення. Змістом впливу є формування навичок регуляції поведінки. Заходи саморегуляції — тренінги запобігання та подолання стресу, поведінки у стресових ситуаціях;

2) комунікативні проблеми — навчання прийомів комунікації, підтримка та формування нових міжособистісних зв'язків, навичок спілкування. Психоосвітня робота спрямована на оволодіння пацієнтами знаннями впевненої поведінки;

3) подолання негативних особистісних уявлень щодо часткової втрати зору: корекція внутрішньої картини хвороби, мотивів, установок; формування адекватного ставлення до часткової втрати зору; створення правильного уявлення про власні якості; формування навичок успішної адаптації в системі суспільних відносин; розширення кола уявлень про людські якості та властивості; розгляд питання про психологічні наслідки часткової втрати зору;

4) відбудова психологічного клімату в родині пацієнта — навичок неконфліктного вирішення сімейних проблем, гармонізація сімейних відносин;

5) проблеми у міжособистісних відносинах: формування навичок конструктивної взаємодії із оточуючими та знань щодо усунення психологічних бар'єрів, які перешкоджають спілкуванню; інформаційна робота із родиною.

Загалом, дослідження потреб пацієнтів із НПР унаслідок ЧВЗТГ дозволяє організувати, сформувати та якісно підбирати необхідне поєднання методів і способів психотерапевтичного впливу у рамках комплексної спеціалізованої медичної допомоги. Результати дослідження показують, що врахування потреб пацієнтів у процесі розробки індивідуальної допомоги сприяє підвищенню їх мотивації до лікування і в цілому його ефективності.

Список літератури

1. *Иванова Е. А.* Психологические факторы преодоления жизненных трудностей инвалидами по зрению: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук; спец. 19.00.10 / Иванова Екатерина Александровна; Учреждение Российской академии образования «Институт коррекционной педагогики». — М., 2010. — 22 с.
2. Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — 2010. — Vol. 51, № 6. — P. 2891–2896.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Ц. Б. АБДРЯХИМОВА

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 200 больных с непсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза приведены клинико-организационные и содержательные аспекты их комплексной медицинской помощи. Определены основные направления психотерапевтического вмешательства: психодиагностика, психотерапевтическая коррекция, психотерапевтическая поддержка, психообразование, психопрофилактика.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, комплексная медицинская помощь.

CLINICAL ORGANIZATIONAL AND CONCEPTUAL ASPECTS OF COMPLEX MEDICAL AID TO PATIENTS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DUE TO PARTIAL LOSS OF VISION OF TRAUMATIC ORIGIN

Ts. B. ABDRYAHIMOVA

Based on clinical psychopathological and psychodiagnostic examination of 200 patients with non-psychotic mental disorders due to partial loss of vision of traumatic origin clinical-organizational and conceptual aspects of the complex medical aid were determined. The basic directions of psychotherapeutic intervention (psychodiagnosis, psychotherapeutic correction, psychotherapeutic support, psychoeducation, psychoprevention) were identified.

Key words: partial loss of vision of traumatic origin, nonpsychotic mental disorders, complex medical aid.

Надійшла 11.04.2014