

УДК 616.89-008:617.7-001.4

Ц. Б. Абдряхімова

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСАД ТА ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ

Ц. Б. Абдряхімова

ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ И ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Ts. B. Abdryahimova

RATIONALE FUNDAMENTALS AND APPROACHES TO PROVIDING COMPREHENSIVE SPECIALIZED CARE TO PERSONS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DUE PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS

На основі клініко-психопатологічного і психодіагностичного обстеження 200 хворих з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного ґенезу, обґрунтовані засади та підходи до надання спеціалізованої медичної допомоги даному контингенту пацієнтів.

Планування допомоги особам з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного ґенезу концептуально повинно враховувати, що ушкодження структури або функції (травма ока) призводить до зниження здатності здійснювати деякі навички й дії. У свою чергу, на тлі «передбачуваного» обмеження рольового функціонування хворих у певних сферах, неспсихотичні психічні розлади знижують здатність до незалежного існування шляхом «додавання» власної клінічної симптоматики, яка обмежує життєдіяльність.

Засади та підходи надання комплексної допомоги особам з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного ґенезу передбачають такі напрямки: медичне обслуговування; консультування й надання допомоги в соціальній сфері; підготовка до самостійного незалежного життя; забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовим пристосуваннями; спеціальні послуги в галузі освіти, відновлення професійної працездатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного ґенезу, неспсихотичні психічні розлади, комплексна спеціалізована допомога

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 200 больных с неспсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза, обоснованы общие положения и подходы к оказанию специализированной медицинской помощи данному контингенту пациентов.

Планирование помощи лицам с неспсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза концептуально должно учитывать, что повреждение структуры или функции (травма глаза) приводит к снижению способности осуществлять некоторые навыки и действия. В свою очередь, на фоне предполагаемого ограничения ролевого функционирования больных в определенных сферах, неспсихотические психические расстройства снижают способность к независимому существованию путем «добавления» собственной клинической симптоматики, ограничивающей жизнедеятельность.

Принципы и подходы предоставления комплексной помощи лицам с неспсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза предусматривают следующие направления: медицинское обслуживание; консультирование и оказание помощи в социальной сфере; подготовка к самостоятельной независимой жизни; обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально-бытовым приспособлениями; специальные услуги в области образования, восстановления профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию, профессионально-техническую подготовку, трудоустройство).

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, неспсихотические психические расстройства, комплексная специализированная помощь

On the basis of clinical psychopathology and psycho-diagnostic survey of 200 patients with non-psychotic mental disorders due to partial loss of traumatic origin, grounded terms and approaches to the provision of specialized medical care to this patient population.

Planning care for people with non-psychotic mental disorders due to partial loss of traumatic origin conceptually should consider that damage to the structure or function (eye injury) leads to a reduced ability to carry out some of the skills and actions. In turn, on the background of the alleged restrictions role functioning of patients in certain areas of non-psychotic mental disorders impair the ability of independent existence by "adding" own clinical symptoms, limiting livelihoods.

Principles and approaches to providing comprehensive care for people with non-psychotic mental disorders due to partial loss of traumatic origin include the following areas: health care; advice and assistance in the social sphere; independent preparation for independent living; providing assistive technology, vehicles, household socio-devices; special education services, vocational rehabilitation (including vocational guidance, vocational training, employment).

Keywords: partial loss of traumatic origin, non-psychotic mental disorders, complex specialized care

Набута втрата зору в дорослому віці, навіть часткова, тягне за собою зміну звичного способу життя: людина вже не може виступати в зручній, сформованій роками ролі, що стає причиною руйнації звичного життєвого стереотипу, котра, як відомо, провокує розвиток

дезадаптивних психічних станів, зокрема, неспсихотичних психічних розладів (НПР) [1], які, як вже доведено, мають власну патогенетичну й клінічну специфіку [2], що зазвичай не враховується при лікуванні даного контингенту.

Враховуючи наведене, нами, за результатами дослідження клініко-психопатологічної структури й феномено-

логії НПР та виявлення психологічних та психосоціальних предикторів розвитку цих розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу (ЧВЗТГ) [3—7], було науково обґрунтовано та розроблено засади і підходи до комплексної спеціалізованої допомоги даному контингенту пацієнтів.

Отже, з метою обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення обсягу та прогнозу стосовно втрати зору, нами проведено скринінгове обстеження 600 осіб з 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, за результатами якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) — 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та група порівняння (ГП) — 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критерієм невключення в дослідження були відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

За нозологічною структурою діагностовані НПР належали до психічних і поведінкових розладів кластеру F43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5 % ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22 % ОГД), адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5 % ОГД), у 23 (11,5 %) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F43.1, а у 7 (3,5 %) пацієнтів — адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25.

Особливістю реагування індивіда на НПР є зміна поведінки, що спричиняє зміну характеру взаємовідносин з навколишнім світом. Треба зазначити, що змінюється уся система відносин хворого зі світом і до світу [8]. Теоретична основа досліджень, де людина розуміється «єдиною біопсихосоціальною системою», визначена у концепції особистості В. М. М'ясищева [9]. У зазначеній концепції особистість розглядається як складна психічна структура, що формується в онтогенезі шляхом присвоєння культурно-історичної спадщини суспільства. У свою чергу, А. А. Бодальов стверджує що «особистість — не якесь застигле, один раз сформоване й непсихічне утворення, що змінюється з певного віку, а динамічне, піддане впливу численних зовнішніх й, насамперед, соціальних чинників, які змінюють її формування» [9].

Під час розроблення засад та підходів до надання комплексної допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ, на наш погляд, пацієнтів необхідно розглядати із точки зору системної концепції, яка трактує людину як відкриту підсистему в ієрархічному ряду інших відкритих підсистем, тобто тих, які здійснюють взаємний обмін інформацією, енергією, ресурсами [10]. Тобто, особистість

існує, реалізується й розвивається в системі відносин, які організуються нею на всіх рівнях — як внутрішніх, так і зовнішніх. При цьому як будь-яка система, особистість має певні характеристики або властивості [11]. У випадку травмування ока та часткової втрати зору, особистість, в усіх її властивостях від відчуттів до усвідомлення актуальної ситуації в цілому, формує систему відносин у ситуації хвороби. Найбільш вагомими є такі рівні цієї системи щодо ставлення до:

- а) себе;
- б) хвороби;
- в) навколишньої ситуації.

Треба зазначити, що «хвороба, як стресова ситуація в житті пацієнта, активує систему значимих відносин, з одного боку, у характерних способах сприйняття, переживань й оцінок, а з другого — в особливостях пристосувальної поведінки» [12]. У процесі зміни стану з гострого на хронічний уся система відносин пацієнта трансформується, переживаючи катаклізми адаптаційного періоду до функціонування у суспільстві у новому, незвичному стані.

Розглядаючи осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ як єдину біопсихосоціальну систему [9], необхідно розуміти, що обидва чинники (біологічний і психосоціальний) сприяють формуванню певного виду розладів психічної діяльності особистості. Так, саме під контролем зміненої психіки та її вищих психічних функцій здійснюються біологічна, психічна й соціальна адаптація або дезадаптація хворого до конкретних життєвих ситуацій. На етапах розвитку НПР біологічні й психосоціальні компоненти почасти взаємно компенсують та посилюють один одного. Так, порушення психічної адаптації можуть компенсуватися виникненням соматичного захворювання, що дозволить пацієнту послабити дію психотравмуючої ситуації. У такій ситуації треба говорити про тілесний (соматизований) спосіб реагування на значиму життєву ситуацію, коли травма (та хвороба як її наслідок) стає механізмом опанування життям. Проте, можлива й інша ситуація, яка спостерігається особливо у випадках довгострокового або повторюваного стресу — до психічної травми приєднується соматична хвороба, що у силу інтоксикаційних процесів додатково патогенно впливає на психічну діяльність хворого. Цілісне сприйняття пацієнтом реальності стає перекрученим, що відбивається на поведінці, виникненні проблем у соціальному функціонуванні (взаєминах з навколишнім світом), розвитком дезадаптації пацієнта. Така ситуація (зміна сприйняття реальності) призводить до недовірливості хворих внаслідок зміни думки оточуючих (близьких і лікарів), оскільки вона почасти не збігається із судженнями хворого. В даному випадку пацієнт неспроможний приймати раціональні пояснення щодо захворювання, перебігу лікувального процесу й майбутніх перспектив — неадекватне ставлення пацієнта до свого захворювання [12].

Розробляючи засади та підходи до надання комплексної допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ, окремо треба враховувати ставлення пацієнта до своєї хвороби. Так, ставлення пацієнта до своєї хвороби відображає важливий рівень системи відносин хворого у соціальній ситуації у зв'язку з наслідками захворювання та включає такі аспекти ставлення людини до:

- власних відчуттів, почуттів й емоцій щодо себе як особистості в цілому;

- інформації про свій діагноз;
- навколишнього середовища, включаючи думку хворого про те, як до нього і його хвороби ставляться інші люди;
- соціальних ситуацій, у які включений пацієнт (навчання, робота, лікувальний процес тощо);
- минулого, сьогодення й майбутніх перспектив життя.

Таким чином, можна стверджувати, що чим більше розходиться думка хворого з об'єктивними даними (лабораторними й клінічними дослідженнями), тим менша сукупність фізичних і духовних здатностей організму відповідає рівню, необхідному для його активної життєдіяльності і тим значніша соціальна дезадаптація пацієнта, що розвилася під дією наслідків хвороби. У даному випадку ми маємо на увазі як НПР, так й наслідки ЧВЗТГ. З іншого боку, кожна людина своєрідно реагує на ситуацію хвороби, формуючи певний тип ставлення до хвороби, що може включати інтра- та інтерпсихічні форми реагування або їхню сукупність [13].

Оцінювання ставлення пацієнта до хвороби включає аналіз сукупності порушень, що привносяться хворобою (фізичних і психічних), так і механізмів опанування нею, властивих особистості пацієнта.

Вивчення ставлення до хвороби під час розроблення комплексної допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ, будучи одною із основних її складових, дозволило запропонувати модель формування настановно-рентної поведінки пацієнтів (рис. 1). Дана схема базується на результатах власних досліджень щодо вивчення типу ставлення до хвороби в генезі НПР у осіб з ЧВЗТГ [7]. У розроблену модель, на підставі отриманих даних, закладена думка, що ставлення до хвороби є вираженням спрямованості (якості) і ступеня (кількості) соціальної дезадаптації, а також способу адаптації до соціальної ситуації при розвитку хвороби. Даний підхід збігається із поглядами інших науковців щодо функціонально-рольової позиції хворих, а саме: соціальна дезадаптація визначається функціонально-рольовою позицією пацієнта у відносинах з навколишнім світом, котра відбиває сформований стереотип поведінки хворого [14].

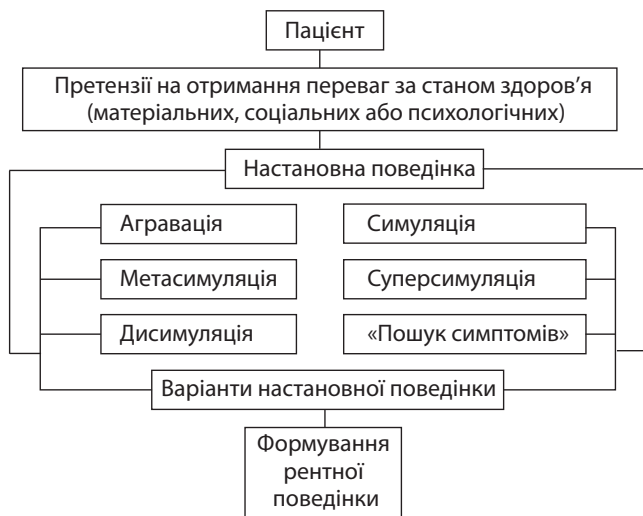


Рис. 1. Модель формування настановно-рентної поведінки пацієнта з непсихотичним психічним розладом внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу

У контексті надання комплексної допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ особливим є прийняття позиції, що наслідком впливу коморбідності двох хвороб на особистість є розвиток соціальної дезадаптації й формування певної картини адаптації/дезадаптації хворого у соціальній ситуації при їх розвитку. В даних умовах, у розбалансовану психічну діяльність хворого при взаємодії із оточуючим середовищем «проникає» і «переймається» лише те, що є найбільш значущим у руслі актуальної настанови та переживань. Хворі визнають лише власне розуміння навколишнього світу, свого стану й ставлення до нього оточуючих. Тобто, важливою складовою під час розроблення заходів допомоги є розуміння особистісного тла пацієнта, а саме вивчення його особистісних властивостей, що можуть призводити до зміни життєдіяльності у суспільстві (рис. 2).

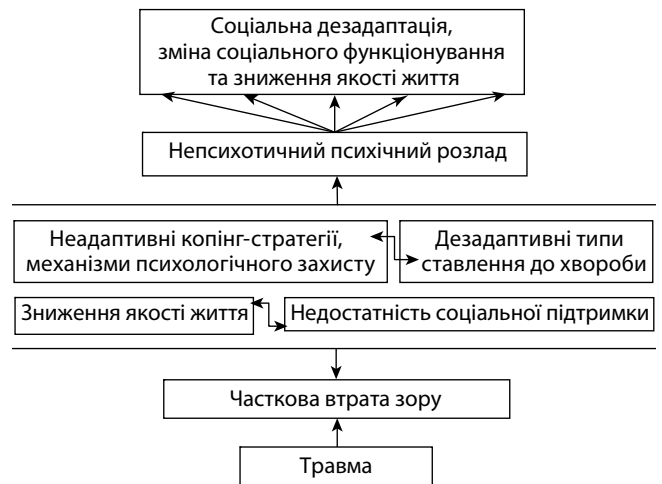


Рис. 2. Причинно-наслідковий зв'язок часткової втрати зору та особистісного реагування в генезі розвитку непсихотичного психічного розладу та соціальної дезадаптації пацієнта

Найважливішим аспектом під час розроблення моделі надання комплексної допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ є питання про те, що саме стає базовим підґрунтям НПР, а що створює патопластичну дію: біологічний агент, психологічний чи соціальний чинник, або їхній взаємозв'язок.

Таким чином, біопсихосоціальна модель розвитку НПР внаслідок ЧВЗТГ — це комплекс теоретичних поглядів, згідно з якими непсихотичні розлади виникають внаслідок комплексної (поєднувальної) дії біологічних, психологічних та соціальних чинників, а їх усунення потребує поєднання медичних та соціально-психологічних заходів щодо профілактики і лікування, а також застосування комплексних індивідуальних, мікро- та макросоціальних заходів допомоги. В даному випадку, з точки зору біопсихосоціальної моделі, причиною виникнення НПР є дія низки біологічних, психологічних та соціальних чинників, які в кожному окремому випадку діють спільно і призводять до порушення адаптації особистості, різкої зміни її самопочуття та поведінки, тобто соціально-психологічного благополуччя та функціонування. Якщо розглядати ці чинники з точки зору патогенезу НПР (механізму їх розвитку), їх можна згрупувати у такий спосіб (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл біопсихосоціальних чинників, які впливають на виникнення НПР у пацієнтів з ЧВЗТГ

Чинники		
Біологічні	Психологічні	Соціальні
Патологічне тло (схильність)		
Травми, нейроінфекції, внутрішньо-утробні небезпечні впливи, депресія, алкоголізм	Сімейні проблеми, порушення емоційних стосунків	Соціальна бідність та катастрофи
Дія чинників — підсилюють сприйнятливості та чутливість пацієнта до виникнення НПР		
Провокуючі		
Травми, інтоксикації, соматичні захворювання, злоякісні пухлини	Безпорадність, безнадійність, реакції на кризові ситуації	Проблеми втрат
Дія — чинників сприяють виникненню НПР шляхом надмірного напруження механізмів адаптації		
Сприяючі		
Перебіг соматичного захворювання, травми, інтоксикації у поєднанні з ускладненнями дії медичних препаратів	Залежні та тривожні особистісні риси, стабільні неефективні механізми психологічного захисту, низька самооцінка	Неадекватна організація лікування та реабілітації, відсутність соціальної підтримки
Дія чинників — перешкоджають компенсації або видужанню		

З даних, наведених у табл. 1, можна зазначити, що кожний окремий чинник НПР внаслідок ЧВЗТГ не є «абсолютно патогенним», оскільки не завжди призводить до розвитку захворювання.

Виявлено, що значущість кожного чинника визначається: а) інтенсивністю або масштабами його дії; б) особливостями НПР.

За результатами дослідження було виявлено, що чинники, які беруть участь у виникненні НПР, діють поєднано, а не «лінійно». Між ними існує взаємозв'язок, оскільки дія одних призводить до виникнення інших — відбувається так звана «каталізує дія». Умовно, при НПР чинники схильності (патологічне тло) і провокуючі чинники можна об'єднати, виділивши категорію «чинники сприйнятливості». У такий спосіб можна сформулювати схему, яка пояснює поєднану дію чинників сприйнятливості на розвиток НПР. В цієї схемі необхідно враховувати і «захисні чинники», зокрема такі як достатній рівень соціальної підтримки, життєвий досвід подолання складних життєвих ситуацій, стійкі особистісні риси, адекватна родинна підтримка тощо (табл. 2).

За допомогою кореляційного аналізу стохастичних зв'язків та системного структурного аналізу встановлено зміну значущості складових біологічних, психологічних та соціальних чинників НПР внаслідок ЧВЗТГ. Порівняльний аналіз впливу біопсихосоціальних чинників у пацієнтів досліджуваних груп відображено у табл. 3.

Таблиця 2

Розподіл виду впливу та наслідків НПР внаслідок ЧВЗТГ

Вид впливу	Наслідки
Для пацієнта	
Негативний	Погіршення якості життя та соціального функціонування (погане самопочуття, труднощі у навчанні, роботі, спілкуванні, шлюбних відносинах, самообслуговуванні, дозвіллі, вихованні дітей), економічний тягар через високу вартість ліків, низький прибуток, тиск стигми (інвалідності), обмеження певних прав (керування транспортом, робіт за окремими професіями тощо), втрата соціальних зв'язків (друзів)
Умовно позитивний (вигоди)	Можливості перебування на інвалідності, уникнення необхідності виконувати певні соціальні функції. Рентне існування у якості «жертви»
Для родини	
Негативний	Значне психічне навантаження та погіршення здоров'я, тиск стигми інвалідності родича, економічні та організаційні труднощі, обмеження соціальної активності, втрата певних можливостей (наприклад, навчання інших членів сім'ї, окрема професійна діяльність, відпочинок)
Умовно позитивний (вигоди)	Економічні (пенсія, житлові пільги), психологічні (опікування безпорадним членом родини може сприяти згуртуванню родини, наснажувати на долаючи поведінку та соціально-значущу активність)

Таблиця 3

Питома вага впливу біопсихосоціальних чинників у пацієнтів досліджуваних груп

Чинники	Досліджувані групи	
	ОГД (N = 200)	ГП (N = 200)
Біологічні		
Психічні	+++	-
Нейрогуморальні	+	+
Соматичні	+++	+++
Генетичні	+	+
Психологічні		
Низька фрустраційна толерантність	+++	-
Реакції «вторгнення», «уникання», «фізіологічної збудливості»	+++	-
Блокадно-стримує поведінка	+++	+
Дистрес (високий показник «регресії»)	+++	-
Дезадаптивне ставлення до хвороби з переважанням інтрапсихічної спрямованості (тривожний, іпохондричний, неврастенічний типи)	+++	-
Соціальні		
Незалежне існування	+++	-
Стигматизація	++	+
Культурні	++	+
Професійні/трудоі	+++	+

Примітки: «+++» — сильний вплив — міцність кореляційного зв'язку показників — 0,80 та вище; «++» — середній вплив — міцність кореляційного зв'язку показників — 0,70—0,79; «+» — слабкий вплив — міцність кореляційного зв'язку показників — 0,6—0,69; «-» — відсутність зв'язку

Засади та підходи надання комплексної допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ, передбачають такі напрямки:

- медичне обслуговування;
- консультування й надання допомоги в соціальній сфері;
- підготовка до самостійного незалежного життя;
- забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовим пристосуваннями;
- спеціальні послуги в галузі освіти, відновлення професійної працездатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

Засадами принципів, структури та технології надання допомоги пацієнтам з НПР внаслідок ЧВЗТГ є такі дві тези:

1) пацієнти мають потребу в нових уміннях і навичках, а також у підтримці з боку оточення для відповідності своєї ролі в побутовому, навчальному, соціальному й трудовому оточенні;

2) при зміні навичок й/або підтримки у оточенні пацієнти стануть більше здатні до реалізації обраних ними рольових функцій.

Реалізація цієї ідеології базується на загальних принципах, а саме: 1. Ранній початок заходів. 2. Безперервність та етапність. 3. Системність, комплексність та індивідуальний підхід.

За ідеологією принципи комплексної допомоги у своєму змісті є такими.

1. Принцип незалежності виражається у створенні особливих систем забезпечення життєдіяльності пацієнтів. У такій системі пацієнти не виключаються із суспільства й не перетворюються лише в об'єкт піклування.

2. Принцип компенсації полягає в тому, що заходи спрямовані на компенсаційні форми (пенсія, пільги).

3. Рівні соціальні права і можливості. Пацієнти розглядаються як суб'єкти своєї власної життєдіяльності, а не лише як об'єкт турботи суспільства.

4. Активна участь у організації роботи служб допомоги. Самі пацієнти стають експертами в оцінці лікувально-профілактичних програм.

5. Незалежне життя. Даний принцип наголошує на максимальному розвитку здатності до самообслуговування, самопомоги й самозабезпечення.

6. Нерозривний зв'язок із соціальним середовищем. Соціальні комунікації кожного пацієнта є найважливішою частиною його соціальної ролі. Однією із провідних складових цього принципу є боротьба з феноменом со-залежності оточуючих.

7. Зв'язок із соціальним середовищем. Даний принцип наголошує на комплексності та поліфакторності проблем, які мають пацієнти, не пов'язуючи усе лише з медичними питаннями. До аналізу включаються обставини виховання, навчання, проживання, спілкування, можливості або неможливості задоволення усіх властивих хворому потреб.

8. Вивчення й збереження сімейних зв'язків. Аналіз як позитивного, так і негативного впливів родини на життєдіяльність хворого.

9. Комплексність й послідовність. Несистематизованість заходів може руйнувати потенціал, якій є у пацієнта, та призводити до негативних результатів. Незавершеність програм допомоги або відсутність її окремих напрямків скорочують можливості індивідуального відновного потенціалу хворого.

Враховуючи вищевикладені загальні принципи, на яких повинна будуватися ідеологія допомоги, необхідно зазначити, що невід'ємною складовою ефективною комплексної системи допомоги є оволодіння фахівцями змісту «динаміки клініко-функціональних змін» під час складання індивідуальних лікувально-реабілітаційних програм для пацієнтів. До таких динамічних змін належать: 1. проблеми та обмеження функціонування внаслідок часткової втрати зору (дефекту); 2. наслідки від НПР; 3. кумулятивні порушення соціального функціонування внаслідок поєднання проблем при частковій втраті зору та клінічних особливостей перебігу НПР.

Концептуально можна зазначити, що ушкодження структури або функції (травма ока) призводить до зниження здатності здійснювати деякі навички та дії. На тлі «передбачуваного» обмеження рольового функціонування хворих у певних сферах НПР знижує здатність до незалежного існування шляхом «додавання» власної клінічної симптоматики, яка також обмежує життєдіяльність (астенічні, тривожні, депресивні стани та т. ін.).

Тому можна зазначити, що біологічне лікування, а також «екстрена психотерапія», спрямовані на редукцію патологічних симптомів, повинні розпочинатися здебільшого на ранніх етапах допомоги (гострої стадії ушкодження). У свою чергу, якщо НПР все ж-таки розвинувся, насамперед психотерапевтична допомога стратегічно повинна включати втручання з метою розвитку умінь і навичок та розвитку підтримки з боку оточення.

На різних стадіях заходи втручання при коморбідних медико-соціальних наслідках ЧВЗТГ та НПР є різними не лише за визначенням, але і за суттю наслідків та допомоги, яка повинна на цих стадіях виконуватися та впроваджуватися (табл. 4). Практичне володіння знаннями щодо розмежування цих стадій є базою для розроблення усіх медичних, психологічних, та соціальних заходів.

Таблиця 4

Змістовна диференціація втручань в залежності від стадії медико-соціальних наслідків

Порушення	Стадії	
	Гострі медико-соціальні наслідки	Хронічні медико-соціальні наслідки
1. Часткова втрата зору 2. Непсихотичні психічні розлади	Обмеження здатності діяти у рамках, які вважаються звичними для даної людини	Невигідний для пацієнта стан внаслідок коморбідності впливу (часткова втрата зору та НПР перешкоджають здійсненню звичайних соціальних ролей)
Приклади		
Клініко-психопатологічні феномени: тривога, депресія, астения	Зниження навичок/здатностей пристосування до роботи, соціальних умов, побутових потреб	Втрата роботи, друзів, проблеми у родині, соціальна дезадаптація
Заходи		
Лікування, спрямоване на редукцію неспсихотичної психічної патології	Відновлення умінь/навичок/здатностей і підтримки з боку оточення	Психотерапія, спрямована на зміну системи, у якій живе пацієнт

Виходячи із вищевикладеного, базуючись на ідеологічних принципах надання комплексної допомоги пацієнтам із частковою втратою зору та НППР, можна виокремити основні практичні принципи, якими у своїй повсякденній діяльності повинні керуватися фахівці, що планують та проводять медичні, психологічні та соціальні заходи:

1) підвищення компетентності пацієнтів — максимізація (індукція) здоров'я, а не просто мінімізація (редукція) симптоматики хвороби;

2) оптимізація поведінки пацієнта у оточенні (аналіз дезадаптуючих чинників життя та розвиток здатностей до діяльності у оточенні);

3) незалежність заходів від якої-небудь однієї теорії етіології розвитку неспихотичних психічних розладів (використання різних методів для досягнення психотерапевтичної мети);

4) підвищення працездатності осіб, адже збереження працездатності є важливою складовою процесу видужання, орієнтація на майбутнє і сьогоднішні завдання;

5) подолання залежності клієнта від оточуючих (від професіоналів, родичів, інших значущих осіб) з підвищенням незалежного функціонування;

6) активна участь пацієнтів у заходах (оцінка ефективності як фахівцями, так і пацієнтами);

7) вироблення вмінь і навичок пацієнта, поліпшення підтримки з боку оточення (оволодіння новими навичками й уміннями — у тому числі психологічними, необхідними для більш ефективного функціонування);

8) застосування медикаментозної терапії як необхідного, проте, не провідного компонента втручання;

9) наскрізний характер (початок та продовження на різних стадіях хвороби) та структурованість (формулювання мети та терміну впровадження заходів);

10) відповідність форми втручання психосоціальному «дефіциту» внаслідок втрати зору, шляхом послідовності, безперервності та повторюваності впливів з метою досягнення максимально можливого рівня психосоціальної компетентності пацієнта.

Список літератури

1. Роль факторов психической травматизации в структуре неврозгенеза невротических расстройств / Н. А. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [и др.] // Материалы I Съезда (с международным участием) Республиканского общественного объединения «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья», 5—6 июня 2013 год, г. Алматы, Казахстан. — С. 256—257.

2. Абдрыхімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору

травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки / Ц. Б. Абдрыхімова // Український вісник психоневрології. — 2013. — Т. 21, вип. 1(74). — С. 34—39.

3. Абдрыхімова Ц. Б. Щодо взаємозв'язку між якістю життя та рівнем соціальної підтримки в генезі неспихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного походження / Ц. Б. Абдрыхімова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2013. — № 2 (24). — С. 50—57.

4. Абдрыхімова Ц. Б. Тип ставлення до хвороби в генезі неспихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрыхімова // Психічне здоров'я. — 2013. — № 2 (39). — С. 93—98.

5. Abdryahimova Ts. Types of strategies for coping with traumatic genesis by patients with partial loss of visual perception in the context of nonpsychotic mental disorders / Ts. Abdryahimova // Архів психіатрії. — 2014. — Т. 20, № 1 (76). — С. 103—107.

6. Связанные с событием потенциалы мозга у пациентов с неспихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза / [О. С. Чабан, Ц. Б. Абдрыхімова, А. Г. Снегирь, Б. Б. Ивнев] // Міжнародний неврологічний журнал. — 2014. — № 5 (67). — С. 87—92.

7. Абдрыхімова Ц. Б. Взаимосвязь клинко-психопатологических проявлений неспихотических психических расстройств и стратегий преодоления у лиц с частичной потерей зрения травматического генеза / Ц. Б. Абдрыхімова // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 1(78). — С. 54—57.

8. Леонтьев Д. А. Личность: человек в мире и мир в человеке / Д. А. Леонтьев // Вопр. психологии. — 1989. — № 3. — С. 11—21.

9. Мясичев В. Н. Психология отношений : избранные тр. / В. Н. Мясичев. — М., 1998. — 368 с.

10. Вацлавик П. Психология личностных коммуникаций / П. Вацлавик, Дж. Бивин, Д. Джексон. — СПб.: Речь, 2000. — 300 с.

11. Платонов К. К. Структура и развитие личности / К. К. Платонов. — М.: Наука, 1986. — 254 с.

12. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1984. — 191 с.

13. Вассерман Л. И. О системном подходе к оценке психологической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Березин, Н. М. Косенков // Обзорение психиатрии и мед. психологии. — 1994. — № 3. — С. 16—25.

14. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. — СПб.: Изд. СПб НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. — 256 с.

15. Соколова Е. Д. Функционально-ролевая позиция больного / Е. Д. Соколова, Ф. И. Хаит, Н. М. Манухина // Вопр. гуманитар. наук. — 2003. — № 1. — С. 358—362.

Надійшла до редакції 08.07.2014 р.

АБДРЯХІМОВА Цира Борисівна, кандидат медичних наук, доцент Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; e-mail: omo.inpn@mail.ru

ABDRYAKHIMOVA Tsira Borysivna, MD, PhD, Associate Professor of the Ukrainian scientific-research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: omo.inpn@mail.ru