

Ц.Б. Абдюхімова

## СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології  
МОЗ України, м. Київ

На основі клініко-психопатологічного і психодіагностичного обстеження 200 хворих з непсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу визначені загальні напрями та диференційовані підходи до їх терапії. Доведено, що при роботі з хворими, у клінічній симптоматиці яких превають тривожні феномени, а серед типів особистісного й поведінкового реагування – емоційно-дезадаптаційні патерни, базова терапія антидепресантами селективної або подвійної дії повинна доповнюватися призначенням транквілізаторів, а також м'яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією, а основна психотерапевтична стратегія повинна включати використання індивідуальних впливів, заснованих на когнітивно-біхевіоральних підходах. Навпаки, пацієнти з провідними астенічними й астенодепресивними психопатологічними феноменами з домінуванням когнітивно-деструктивних та агресивно-конфліктних особистісних й поведінкових патернів потребують призначення антидепресантів зі стимулювальною дією, церебропротекторів і снодійних, та застосування групових психотерапевтичних когнітивно-біхевіоральних впливів. Окремим напрямом психотерапевтичної діяльності при цьому є обов'язкова робота з родиною пацієнта (насамперед з найближчим оточенням – матір'ю або дружиною), спрямована на нормалізацію їх психічного стану, адаптацію до нових умов життя з урахуванням змін соціальної і сімейної активності пацієнта та активізацію ресурсних адаптивних можливостей родини.

Аналіз ефективності впровадження розроблених заходів комплексної спеціалізованої допомоги довів їх дієвість як в площині редукції наявності й вираженості психопатологічної тривожно-депресивної симптоматики, так і в плані покращення якості життя пацієнтів.

**Ключові слова:**

часткова втрата зору  
травматичного генезу,  
непсихотичні психічні  
розлади, комплексна  
спеціалізована допомога,  
ефективність.

Набута втрата зору в дорослому віці, навіть часткова, тягне за собою зміну звичного способу життя людини, що стає причиною руйнації життєвого стереотипу, яка провокує розвиток дезадаптивних психічних станів, зокрема непсихотичних психічних розладів (НПР) [3, 7], що зазвичай не враховується при лікуванні даного контингенту.

З метою аналізу дієвості розробленої системи комплексної спеціалізованої допомоги особам з НПР внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу (ЧВЗТГ), за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору нами проведено скринінгове обстеження 600 осіб (чоловіків) з ЧВЗТГ. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписування зі стаціонару під час проходження МСЕК було здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів 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».

Критеріями 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.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами 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.

Синдромологічна структура НПР внаслідок ЧВЗТГ, була наступною.

*Тривожно-депресивні стани.* У пацієнтів з переважанням тривожно-депресивних проявів (61 особа, 30,5%)

тривожні реакції формувалися на тлі вираженого депресивного компонента. Афективно-тривожні порушення спостерігалися у пацієнтів з початку втрати зору. Мали місце скарги на занепокоєння, тривогу, яка була ситуативно обумовлена (за близьких людей, власне майбутнє тощо), почуття негараздів, що наближаються, поганий настрій, психоемоційне напруження, відсутність апетиту. На тлі вираженої гіпотимії у пацієнтів спостерігалися побоювання з приводу соматичного здоров'я, а також тривожні побоювання стосовно соціального аспекту життя – взаємовідносин між ними та оточуючими людьми. При цьому, як правило, вони виходили з помилкових передумов у трьох напрямках: а) «навколишні люди погані, жорсткі, їм не можна довіряти»; б) «я погана, неповноцінна, нікому не потрібна людина»; в) «ситуація настільки драматична, що з неї немає виходу і можна чекати лише самих неприємностей».

*Тривожно-фобічну* симптоматику різного ступеня вираженості діагностовано у 36 (18%) пацієнтів. Вони характеризувались недовірливістю, підозрювали у себе наявність інших захворювань, були фіксовані на свій зір і здоров'я, з особливою увагою ставилися до свого лікування, прийому препаратів. У пацієнтів виявляли іпохондричну симптоматику. Деякі пацієнти скаржилися на відчуття серцебиття, припускали наявність аритмії. Хворі шукали уваги лікаря, спостерігалось порушення сну.

У пацієнтів із астено-депресивними проявами (44 особи, 22%) спостерігали зниження настрою, порушення сну і апетиту. У структурі депресивного афекту істотне місце займали астеничні скарги, часто з вираженими дисфоричними спалахами, дратівливою слабкістю, сльозливістю, сентиментальністю. Пацієнти багато часу проводили у ліжку, вважали своє життя безглуздом, себе називали інвалідами. З'являлася швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість, порушувався сон, знижувався апетит. Астено-депресивний симптомокомплекс проявлявся у вигляді скарг на поганий, пригнічений настрій, зниження працездатності, швидку стомлюваність. Всі ці симптоми відзначалися поряд з порушеннями сну, вегетативними розладами, нерідко на тлі частого головного болю.

Прояви *астено-іпохондричного* симптомокомплексу у 30 (15%) хворих поєднувалися з порушеннями сну і відображали вплив психотравмуючої ситуації, відмічалася фрустрація з приводу невдач або психологічних проблем у професійній діяльності та особистому житті. Такі пацієнти пред'являли скарги на загальну слабкість, погане самопочуття і настрою, зниження працездатності, погіршення пам'яті та низький рівень концентрації уваги, які зазвичай поєднувалися, поряд з підвищеною турботою про своє здоров'я, з масою скарг соматичного характеру при майже повній відсутності об'єктивних ознак важкого соматичного захворювання.

*Обсесивно-фобічний* симптомокомплекс, який спостерігали у 29 (14,5%) пацієнтів, характеризувався нав'язливими фобіями та істеричними проявами у вигляді істеричного тремору ( $(10,5 \pm 3,1)\%$ , та  $(13,3 \pm 3,4)\%$ ) ( $p \leq 0,05$ ).

Ми встановили, що у осіб з ЧВЗТГ має місце зниження фізичного компонента здоров'я і якості життя,

незалежно від наявності або відсутності НПР та рівня соціальної підтримки; у осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ, порівняно з особами ГП, показники психічного компонента здоров'я є значно гіршими та корелюють з недостатністю соціальною підтримки. Наявність негативних інтенсивних переживань (самоусвідомлення змін у психічній діяльності) сама по собі є фактором дистресу, в тому числі сприяє тому, що на тлі наслідків ЧВЗТГ та психоемоційного перенапруження ситуація в цілому сприймається особистістю як більш складна та несприятлива [6].

До того ж, особи ОГД характеризуються низькою фрустраційною толерантністю, неадаптивним ставленням до хвороби із регресивним видом захисного реагування з переважанням проявів інтрапсихічної дезадаптації (тривожного, іпохондричного та неврастенічного типів ставлення до хвороби) [5]. У осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ має місце напруження неадаптивних МПЗ «заперечення», «регресія», «проекція» та превалювання неадаптивних копінг-стратегій по усіх модальностях долаючої поведінки, серед яких домінуючим був емоційний неадаптивний копінг, притаманний 82% пацієнтам, далі – когнітивний (70,5% осіб) та поведінковий (51% хворих), що свідчить про його негативну роль викривлень в генезі НПР у цих хворих. На відміну від пацієнтів з НПР, особи з ЧВЗТГ без НПР демонструють перевагу адаптивних МПЗ й копінгів, які в даному випадку стають дефензивними чинниками щодо розвитку НПР [2, 4].

На підставі аналізу й узагальнення отриманих результатів ми типологізували стратегії подолання, притаманні обстеженим пацієнтам [9]. Для осіб ГП характерними виявились наступні типи конструктивної поведінки: когнітивно-стимулювальний (40,5%), який характеризувався спрямованістю на подолання стресової ситуації через її когнітивний аналіз та вибір шляху її можливого вирішення; поведінково-діяльнісний (36%), головною ознакою якого була направленість на самостійну діяльність у вирішенні проблем з прагненням покластися на себе та відмовою від допомоги навколишніх; емоційно-рішучий (23,5%), при якому вибір пацієнтами конструктивних стратегій подолання здійснювався через відчуття провини перед близькими за свою «слабкість», побоювання бути тягарем для оточуючих та прагненням довести близьким власну спроможність.

У пацієнтів ОГД з неконструктивною поведінкою нами виокремлені такі її типи: когнітивно-деструктивний (23,5%), при якому когнітивне опрацювання інформації індивідуумом призводило до усвідомлення ним своєї неспроможності й безпорадності, що ставало підґрунтям розвитку внутрішньоособистісного невротичного конфлікту; агресивно-конфліктний (32,5%), при якому пацієнти відчували образу на несправедливість долі, гнів та агресію до оточуючих, покладаючи на них відповідальність за те, що з ними сталося, що супроводжувалось відмовою від пристосування до нових умов існування з вираженими проявами конфліктної поведінки; емоційно-дезадаптивний (44%), який характеризувався імпульсивністю та амплітудою негативних емоційно-поведінкових реакцій, від демонстрації активної діяльності з вираженими негативними емоційними переживаннями до повної бездіяльності та спонтанного бажання усунути від вирішення будь-яких проблем.

Отримані дані дозволили зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу у пацієнтів ОГД, на активізацію якого була спрямована розроблена нами система заходів комплексної спеціалізованої допомоги даній категорії пацієнтів.

Засади та підходи до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з НПП внаслідок ЧВЗТГ передбачають такі напрямки:

- медичний менеджмент;
- менеджмент в соціальній сфері;
- підготовка до самостійного незалежного життя.

В основу принципів, структури та технології надання комплексної спеціалізованої допомоги пацієнтам з НПП внаслідок ЧВЗТГ покладено наступні 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 середовищі;

2) при зміні навичок та/або підтримки в оточенні пацієнти стануть більш спроможними до реалізації обраних ними рольових функцій.

Реалізація цієї ідеології базується на загальних принципах, а саме:

1. Ранній початок заходів.
2. Безперервність та етапність їх виконання.
3. Системність, комплексність та індивідуальний підхід.

Основними цілями заходів комплексної спеціалізованої допомоги є наступні: а) нормалізація психічного стану; б) зміна соціальних патернів поведінки (особливо при наявності ускладнень, які значно обмежують соціальне функціонування) – перебудова соціальних очікувань від себе; в) формування навичок використання існуючих соціальних патернів поведінки пацієнта за рахунок пристосування до умов, в яких вони застосовуються – адаптація до соціального середовища; г) гармонізація стосунків в навколишньому середовищі, насамперед родинної взаємодії.

Визначені загальні напрями терапевтичного впливу потребують методичної адаптації з урахуванням різниці клінічної специфіки й типів особистісного й поведінкового реагування, підтверджених нейрофізіологічними корелятами зміни патерну викликаної електричної активності мозку (встановлення достовірних кореляційних зв'язків між показниками слухових викликаних потенціалів і вираженості провідного клінічного феномену НПП) [8]. Достовірно доведено, що у пацієнтів з домінуючими астенічними проявами в структурі НПП (астено-депресивним й астено-іпохондричним симптомокомплексами) переважають когнітивно-деструктивні або агресивно-конфліктні стратегії, а при вираженості тривожних або obsесивних клініко-психопатологічних феноменів – емоційно-дезадаптивні копінг-стратегії [1].

Наявні розбіжності стали основою при розробці критеріїв диференціювання терапевтичних впливів та розподілі пацієнтів на групи за змістовим наповненням терапевтичних втручань, з точки зору коморбідності клінічної симптоматики, психологічних властивостей, що обумовлювали проблеми у соціальному функціонуванні, а також «чутливості» контингенту до різних психотерапевтичних технік.

Фармакотерапію призначали згідно з затвердженими МОЗ України стандартами лікування даної нозології, вона характеризувалася значною тривалістю. Залежно від клінічних особливостей і наявності коморбідних розладів, базова терапія включала призначення транквілізаторів, снодійних препаратів, антидепресантів з селективною або подвійною дією, ноотропних і ГАМК-ергічних препаратів, стабілізаторів настрою, іноді – малих доз антипсихотичних препаратів. При цьому диференційований характер фармакотерапії враховував провідний клінічний феномен: при превалюванні тривоги базова терапія антидепресантами селективною або подвійної дії доповнювалася призначенням транквілізаторів, а також м'яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією; за умови наявності вираженої астенічної симптоматики до базової терапії антидепресантами зі стимулювальною дією додавали церебропротектори, при наявності порушень сну – снодійні препарати.

При визначенні психотерапевтичної тактики при роботі з хворими, в клінічній симптоматичі яких превалювали тривожні феномени, а серед типів особистісного й поведінкового реагування – емоційно-дезадаптивні патерни, на початку роботи базовою психотерапевтичною стратегією було використання індивідуальних впливів, заснованих на когнітивно-біхевіоральних підходах. Навпаки, пацієнти з провідними астенічними й астено-депресивними психопатологічними феноменами з домінуванням когнітивно-деструктивних та агресивно-конфліктних особистісних й поведінкових патернів, потребували застосування групових психотерапевтичних когнітивно-біхевіоральних впливів.

Окремим напрямом психотерапевтичної діяльності при цьому була обов'язкова робота з родиною пацієнта (насамперед з найближчим оточенням – матір'ю або дружиною), спрямована на нормалізацію їх психічного стану, адаптацію до нових умов життя з урахуванням змін соціальної і сімейної активності пацієнта та активізацію ресурсних адаптивних можливостей родини.

Необхідним психотерапевтичним глом було втілення психоосвітніх заходів, що проводилось для всіх учасників терапевтичного процесу.

Комплексний аналіз дієвості впровадження розробленої системи заходів комплексної спеціалізованої допомоги хворим з НПП внаслідок ЧВЗТГ здійснювали через оцінку динаміки клініко-психопатологічних проявів (за шкалами М. Гамільтона, HDRS і HARS), а також змін у соціальному функціонуванні й якості життя пацієнтів (з використанням методики оцінки якості життя SF-36).

На даному етапі роботи із загальної сукупності обстежених пацієнтів ОГД (n=200) було сформовано дві групи. Перша – група втручання (ГВ, n=126), у якій проводили розроблені заходи комплексної терапії. Друга – група – контролю (ГК, n=74), у якій пацієнти отримували медичну допомогу згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України.

Періодом оцінювання було обрано 6 (ГВ n=111, ГК n=74) та 12 місяців (ГВ n=108, ГК n=74) від початку проведення лікувальних заходів.

Першим етапом оцінки ефективності запропонованої системи заходів комплексної спеціалізованої допомоги було дослідження динаміки клініко-психопатологічного

статусу пацієнтів. Розподіл хворих ГВ та ГК за клінічним рівнем депресії через 6 місяців після початку роботи відображено на рисунку 1.

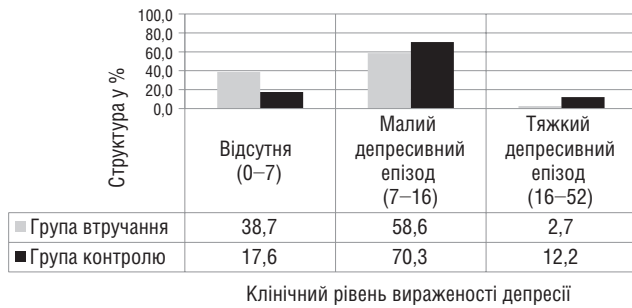


Рис. 1. Розподіл досліджених за клінічним рівнем депресії через 6 місяців після початку роботи (шкала HDRS)

З даних рисунка 1 видно, що пацієнти досліджених груп через 6 місяців після початку лікування значно відрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому за об'єктивним критерієм оцінки. Депресія на рівні малого депресивного епізоду склала у пацієнтів ГВ – 58,6%, на рівні важкого депресивного епізоду – 2,7% пацієнтів, у свою чергу, у ГК, відповідно, – 70,3% та 12,2% ( $p \leq 0,05$ ). У 38,7% пацієнтів ГВ симптоми депресії були відсутні, у ГК, відповідно, у 17,6% ( $p \leq 0,05$ ). У структурі діагностованих симптомів у ГВ депресивний настрій проявлявся ситуаційними, спонтанними виказуваннями й невербальною поведінкою; втратою інтересу до діяльності, неспокійними рухами рук. Проте ці симптоми не класифікувалися у депресивний синдром за рахунок швидкого руйнування. У пацієнтів ГК симптоми депресії кваліфікувалися як ознаки депресивного синдрому, а саме, знижений настрій – 7,7%, почуття провини – 5,1%, праця та діяльність – 7,1%, загальмованість мислення – 9,0%, соматична тривога – 7,8%, соматичні порушення ШКТ – 5,7%, загальносоматичні симптоми – 5,6%, добові коливання стану – 6,3%, обсесивно-компульсивні розлади – 5,6% ( $p < 0,05$ ).

При визначенні рівня депресії у осіб ГВ і ГК через 12 місяців від початку роботи виявлено, що динаміка нівелювання симптомів була збережена та відповідала попередній динаміці: серед пацієнтів ГВ кількість осіб з проявами депресії на рівні малого депресивного епізоду склала 33,3%, серед ГК – 75,7%, а кількість осіб без симптомів депресії склала 66,7% ГВ і 16,2% ГК (рис. 2).

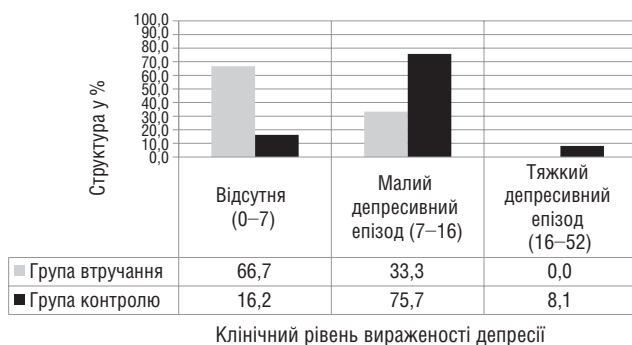


Рис. 2. Розподіл досліджених за клінічним рівнем депресії через 12 місяців після початку роботи (шкала HDRS)

У пацієнтів ГК нівелювання депресивних симптомів відбувалось значно повільніше, що фіксувалося у середньому балі за шкалою HDRS: у ГВ він був наступним:

«відсутність депресії» – 3,0 бали, «малий депресивний епізод» – 9,0 балів; у ГК, відповідно, – 5,0 та 12,0 балів.

Отже, через 12 місяців від початку терапевтичної роботи у пацієнтів ГВ мали місце симптоматичні ознаки депресії, які не відповідали критеріям депресивного розладу, хоча в окремих випадках мали досить значний ступінь вираженості ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів переважали соматична тривога у вигляді підвищеного серцебиття, задишка, підвищене потовиділення; загальносоматичні симптоми – тяжкість у кінцівках, голові, м'язові болі, втрата відчуття енергії ( $p < 0,05$ ). У хворих ГК у структурі діагностованих симптомів провідними були знижений настрій – 6,7%, соматична тривога – 6,8%, соматичні порушення ШКТ – 5,6%, загальносоматичні симптоми – 5,5%, іпохондричні розлади – 6,7%. Таким чином, у осіб у ГК, на відміну від пацієнтів ГВ, через 12 місяців лікування наявні психопатологічні симптоми продовжували складати загальну картину депресивного розладу із усіма ознаками порушень настрою, психічною та моторною загальмованістю.

Результати вивчення рівня тривоги у хворих ГВ та ГК через 6 місяців терапії відображено на рисунку 3. Серед пацієнтів ГВ через 6 місяців субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики було виявлено у 37,8% випадках (середній бал 4), а у осіб ГК – у 12,2% пацієнтів (середній бал 6); тривожний стан – у 59,5% ГВ і 78,4% ГК; тривожний розлад – у 2,7% пацієнтів ГВ (середній бал 17) і 9,5% респондентів ГК (середній бал 24).

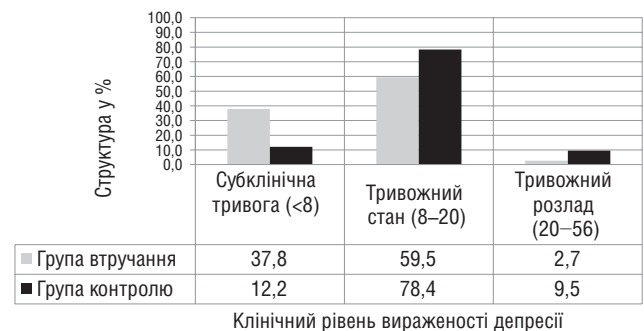


Рис. 3. Розподіл досліджених за клінічним рівнем тривоги через 6 місяців після початку роботи (шкала HARS)

Результати вивчення рівня тривоги у хворих ГВ та ГК через 12 місяців терапії відображено на рисунку 4: через 12 місяців терапії субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був характерним для 81,5% пацієнтів ГВ (середній бал 3) й 21,6% ГК (середній бал 6); тривожний стан встановлено у 18,5% осіб ГВ й 74,3% ГК; тривожний розлад – у 4,1% хворих ГК (середній бал 28).



Рис. 4. Розподіл досліджених за клінічним рівнем тривоги через 12 місяців після початку роботи (шкала HARS)



Через 12 місяців у результаті порівняльного аналізу наявної симптоматики у пацієнтів ГК і ГВ виявлено, що у пацієнтів ГК «психічні» симптоми тривоги значно переважають над «соматичними», а саме: тривожний настрій (ГВ – 6,1%; ГК – 15,7%), напруга (ГВ – 6,0%; ГК – 22,2%), страх (ГВ – 4,5%; ГК – 18,6%), депресивний настрій (ГВ – 4,1%; ГК – 19,6%). «Соматичні» симптоми розподілилися наступним чином: соматичні м'язові симптоми (ГВ – 3,6%; ГК – 14,5%), соматичні сенсорні симптоми (ГВ – 5,6%; ГК – 12,3%), серцево-судинні симптоми (ГВ – 8,0%; ГК – 17,0%).

**Узагальнюючі отримані дані,** можна зазначити що впровадження розробленої системи заходів комплексної спеціалізованої допомоги пацієнтам з НПР внаслідок ЧВЗТГ вплинуло на формування психічних станів особистості, які сприяли адаптації до змінених умов життєдіяльності, а також руйнуванню комплексу значущих переживань депресивного характеру, які тяжко переживалися пацієнтами; серед індивідуально-психологічних особливостей суб'єктивного переважання депресивних хвилювань мало місце зниження актуальності та зникнення таких симптомів, як висока тривожність, агресивність і низька критична здатність особистості ( $p \leq 0,05$ ).

Дослідження динаміки показників якості життя, результати якого наведені в таблиці 1, показало, що за аспектом соціального функціонування на етапі оцінювання ефективності як через 6, так і 12 місяців, показник фізичного функціонування, що відображає рівень, в якому фізичний стан організму обмежує виконання фізичних навантажень, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 77,0 балів, ГК – 68,1 бала; через 12 місяців ГВ – 85,0 балів, ГК – 72,0 балів. Показник рольового функціонування, що обумовлений фізичним станом і відображає його вплив на повсякденну рольову діяльність у обстежених пацієнтів, склав: через 6 місяців ГВ – 74,0 балів, ГК – 71,0 балів; через 12 місяців ГВ – 86,0 балів, ГК – 75,0 балів. Показник інтенсивності болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу і роботу поза домом, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 51,0 балів, ГК – 44,0 бали; через 12 місяців ГВ – 76,0 балів, ГК – 56,0 балів. Показник загального стану здоров'я, що відображає стан здоров'я на даний момент у обстежених пацієнтів, склав: ГВ – 59,0 балів, ГК – 56,0 балів; через 12 місяців ГВ – 83,0 бали, ГК – 63,0 бали ( $p < 0,05$ ).

За середнім значенням показників фізичного компонента здоров'я пацієнти ГВ та ГК також відрізнялися ( $p \leq 0,05$ ): «фізичний компонент» якості життя, що включає показники фізичного функціонування, рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, інтенсивністю болю і загальним станом здоров'я, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 65,3 бала, ГК – 59,8 бала, через 12 місяців ГВ – 82,5 бала, ГК – 66,5 бала ( $p < 0,05$ ).

Показник життєвої активності, який відображає відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 55,0 балів, ГК – 43,0 бали, через 12 місяців ГВ – 73,0 бали, ГК – 54,0 бали. За показником соціального функціонування, визначальний рівень якого в якому фізичному або емоційному стані обмежує соціальну

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів ГВ та ГК за аспектами соціального функціонування на етапі оцінювання ефективності 6 та 12 місяців (опитувальник SF-36)

Показники	Середній бал			
	6 місяців		12 місяців	
	ГВ	ГК	ГВ	ГК
<b>Фізичний компонент здоров'я</b>				
Фізичне функціонування	77,0	68,0	85,0	72,0
Рольове функціонування	74,0	71,0	86,0	75,0
Біль	51,0	44,0	76,0	56,0
Загальне здоров'я	59,0	56,0	83,0	63,0
Фізичний компонент ЯЖ	<b>65,3</b>	<b>59,8</b>	<b>82,5</b>	<b>66,5</b>
<b>Психічний компонент здоров'я</b>				
Життєздатність	55,0	43,0	73,0	54,0
Соціальне функціонування	54,0	47,0	67,0	56,0
Емоційне функціонування	56,0	34,0	76,0	44,0
Психічне здоров'я	59,0	45,0	69,0	51,0
Психічний компонент ЯЖ	<b>56,0</b>	<b>42,3</b>	<b>71,3</b>	<b>51,3</b>

активність, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 54,0 бали, ГК – 47,0 балів; через 12 місяців ГВ – 67,0 балів, ГК – 56,0 балів. Показник емоційного (рольового) функціонування, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 56,0 балів, ГК – 34,0 бали; через 12 місяців ГВ – 76,0 балів, ГК – 44,0 бали. Показник психічного здоров'я, що характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, позитивних емоцій, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 59,0 балів, ГК – 45,0 балів; через 12 місяців ГВ – 69,0 балів, ГК – 51,0 бал. В цілому виявлено, що «психічний компонент» якості життя, що включає показники життєвої активності, соціального функціонування, рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, психічним здоров'ям, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 56,0 балів, ГК – 42,3 бала; через 12 місяців ГВ – 71,3 бала, ГК – 51,3 бала ( $p < 0,05$ ).

Відокремлення впливу «клініко-психопатологічного радикалу» НПР на соціальне функціонування було зроблено нами через аналіз взаємозв'язків між ступенем вираженості клініко-психопатологічної симптоматики НПР та показниками соціального функціонування у пацієнтів ГВ та ГК (табл. 2, 3). Через 6 місяців у осіб ГВ з помірним ступенем вираженості симптомів НПР взаємозв'язок із «фізичним компонентом» виявлено у 5,0%, ГК – у 10,5% ( $p < 0,05$ ), вираженим ступенем симптомів у ГВ – у 13,0%, ГК – у 23,0% ( $p < 0,05$ ), тяжким ступенем вираженості симптомів ГВ – у 2,5%, ГК – у 9,3% ( $p < 0,05$ ). Вплив помірного ступеня вираженості симптомів НПР на «психічний компонент» встановлено у ГВ – у 4,8%, ГК – у 13,3% ( $p < 0,05$ ), вираженого ступеня симптомів у ГВ – у 3,0%, ГК – у 19,3% ( $p < 0,05$ ), тяжкого ступеня вираженості симптомів ГВ – у 1,5%, ГК – у 8,0% ( $p < 0,05$ ).

З даних таблиці 3 видно, що через 12 місяців терапії у осіб ГВ з помірним ступенем вираженості симптомів НПР

взаємозв'язок із «фізичним компонентом» виявлено у 3,8%, ГК – у 9,3% ( $p < 0,05$ ), вираженим ступенем симптомів у ГВ – у 11,8%, ГК – у 21,5% ( $p < 0,05$ ), тяжким ступенем вираженості симптомів у ГВ не виявлено, ГК – у 8,0% ( $p < 0,05$ ). Вплив помірного ступеня вираженості симптомів НІПР на «психічний компонент» встановлено у ГВ – у 3,5%, ГК – у 9,0% ( $p < 0,05$ ), вираженого ступеню симптомів у ГВ – у 1,8%, ГК – у 16,5% ( $p < 0,05$ ), тяжкого ступеня вираженості симптомів у ГВ – не виявлено, ГК – у 5,8% ( $p < 0,05$ ). Враховуючи отримані результати нами досліджено задоволеність якістю життя пацієнтів ГВ та ГК (рис. 5).

З даних рисунка 5 видно, що через 6 місяців терапії незадоволеними якістю життя були 42,0% ГВ і 61,0% ГК; через 12 місяців – 15,0% ГВ і 48,0% ГК ( $p < 0,01$ ). Майже задоволеними якістю життя через 6 місяців були 43,0% ГВ і 27,0% ГК; через 12 місяців 20,0% ГВ і 30,0% ГК ( $p < 0,01$ ). Задоволеними якістю життя через 6 місяців були 15,0% ГВ і 12,0% ГК; через 12 місяців – 65,0% ГВ і 22,0% ГК ( $p < 0,01$ ).

Останнім кроком у дослідженні ефективності запропонованих заходів комплексної спеціалізованої допомоги був аналіз суб'єктивної оцінки дієвості психотерапії при різних ступенях вираженості НІПР. Результати до-

**Таблиця 2.** Розподіл взаємозв'язку показників соціального функціонування та якості життя із ступенем вираженості симптомів НІПР у пацієнтів на етапі оцінювання ефективності 6 місяців (%)

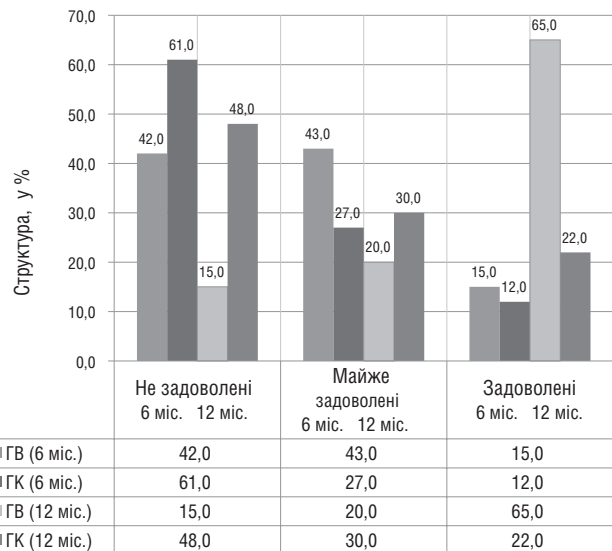
Показник	Ступінь вираженості симптомів НІПР					
	Помірний		Виражений		Тяжкий	
	ГВ	ГК	ГВ	ГК	ГВ	ГК
Фізичне функціонування	7,0	9,0	13,0	23,0	3,0	9,0
Рольове функціонування	5,0	12,0	15,0	24,0	2,0	10,0
Біль	4,0	10,0	13,0	26,0	3,0	9,0
Загальне здоров'я	4,0	11,0	11,0	19,0	2,0	9,0
<b>Фізичний компонент якості життя</b>	<b>5,0</b>	<b>10,5</b>	<b>13,0</b>	<b>23,0</b>	<b>2,5</b>	<b>9,3</b>
Життєздатність	5,0	15,0	3,0	17,0	1,0	8,0
Соціальне функціонування	5,0	11,0	3,0	22,0	1,0	6,0
Емоційне функціонування	5,0	13,0	4,0	17,0	2,0	9,0
Психічне здоров'я	4,0	14,0	2,0	21,0	2,0	9,0
<b>Психічний компонент якості життя</b>	<b>4,8</b>	<b>13,3</b>	<b>3,0</b>	<b>19,3</b>	<b>1,5</b>	<b>8,0</b>

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах  $p \leq 0,05$ .

**Таблиця 3.** Розподіл взаємозв'язку показників соціального функціонування та якості життя із ступенем вираженості симптомів НІПР у пацієнтів на етапі оцінювання ефективності 12 місяців (%)

Показник	Ступінь вираженості симптомів НІПР					
	Помірний		Виражений		Тяжкий	
	ГВ	ГК	ГВ	ГК	ГВ	ГК
Фізичне функціонування	5,0	9,0	12,0	21,0	-	8,0
Рольове функціонування	4,0	11,0	14,0	23,0	-	9,0
Біль	3,0	8,0	11,0	24,0	-	8,0
Загальне здоров'я	3,0	9,0	10,0	18,0	-	7,0
<b>Фізичний компонент якості життя</b>	<b>3,8</b>	<b>9,3</b>	<b>11,8</b>	<b>21,5</b>	-	<b>8,0</b>
Життєздатність	4,0	12,0	1,0	16,0	-	6,0
Соціальне функціонування	3,0	7,0	2,0	19,0	-	4,0
Емоційне функціонування	4,0	8,0	3,0	13,0	-	6,0
Психічне здоров'я	3,0	9,0	1,0	18,0	-	7,0
<b>Психічний компонент якості життя</b>	<b>3,5</b>	<b>9,0</b>	<b>1,8</b>	<b>16,5</b>	-	<b>5,8</b>

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах  $p < 0,05$ .



**Рис. 5.** Задоволеність якістю життя пацієнтів ГВ та ГК на етапі оцінювання ефективності через 6 та 12 місяців (опитувальник SF-36)

слідження при помірному, вираженому та тяжкому ступенях вираженості НІПР у осіб з ЧВЗТГ представлено у таблицях 4–6.

З даних таблиць 4–6 видно, що високі показники середнього відсотка відвідувань та суб'єктивної оцінки ефективності свідчать про результативність психотерапії та, в цілому, системи комплексної спеціалізованої допомоги особам з НІПР внаслідок ЧВЗТГ.

У результаті аналізу виявлено, що високі показники середнього відсотка відвідувань та суб'єктивної оцінки ефективності корелювали із такими показниками як відновлення комунікативної сфери, зменшення скептичності, безкомпромісності, безтурботності, імпульсивності, песимізму. Підвищення впевненості у собі, невідкла-

**Таблиця 4.** Суб'єктивна оцінка ефективності заходів психотерапії при помірному ступені вираженості НІПР у осіб з ЧВЗТГ

Заходи	Середній % відвідувань	Суб'єктивна оцінка ефективності у %
Психопрофілактика і психогігієна	96,0	98,0
Психоосвітня робота	89,0	87,0
<b>Психотерапевтична корекція</b>		
Загальні методи		
– навчання методів експресаморегуляції	82,0	80,0
– корекція внутрішньої картини хвороби	96,0	89,0
<b>Спеціальні методи (тренінги)</b>		
– «Я і мої емоції»	95,0	100,0
– «Принципи і прийоми саморегуляції»	96,0	100,0
– «Формування впевненості в собі»	92,0	100,0
<b>Психотерапевтична підтримка</b>		
– розгляд емоційно-значущих особистісних проблем, пов'язаних з власною невпевненістю	67,0	97,0
– оптимізація внутрішньосімейних стосунків	45,0	98,0
– професійні психологічні консультації	9,0	100,0
<b>Всього у середньому</b>	<b>76,7</b>	<b>94,9</b>

Таблиця 5. Суб'єктивна оцінка ефективності заходів психотерапії при вираженому ступені НПР у осіб з ЧВЗТГ

Заходи	Середній % відвідувань	Суб'єктивна оцінка ефективності у %
Психопрофілактика і психогігієна	90,0	91,0
Психоосвітня робота	70,0	81,0
<b>Психотерапевтична робота</b>		
Спеціальні методи (тренінги)		
– «Я і мої емоції»	93,0	100,0
– «Принципи і прийоми саморегуляції	90,0	100,0
– «Навички конструктивного взаємодії»	95,0	100,0
– «Гнів – це нормально»	93,0	96,0
<b>Психотерапевтична підтримка</b>		
– розгляд емоційно-значущих особистісних проблем	94,0	80,0
– оптимізація внутрішньосімейних стосунків	87,0	72,0
– допомога у визначенні життєвої позиції, у ставленні до майбутнього	89,0	80,0
– навчання стратегій виходу з конфліктних ситуацій, навичок самопідтримки.	90,0	95,0
<b>Всього у середньому</b>	<b>79,6</b>	<b>79,5</b>

данья рішень складних питань, рішучості, віри в себе, незалежності від інших, неконфліктності ( $p < 0,001$ ).

Вищезгадана позитивна динаміка базувалася на нових – напрацьованих варіантах адаптивних та відносно-адаптивних копінг-стратегій: когнітивних (збереження самовладання, проблемний аналіз, установка власної цінності), емоційних (протест, оптимізм), поведінкових (альтруїзм, співпраця, звернення). Зниження тривоги й депресивних проявів зменшило кількість сімейних конфліктів та ситуацій «гіперхвилювання». Також простежувалася чітка зміна ставлення до хвороби, переважали такі типи, як гармонійний із активною установкою на лікування та ергопатичний, при якому пацієнти намагалися зберегти працездатність.

### Список використаної літератури

1. Абд'яхімова Ц. Б. Взаємозв'язь клініко-психопатологічних проявлених неспихотических психіческх расстройств и стратегий преодоления у лиц з частичною потерей зрения травматического генеза / Ц. Б. Абд'яхімова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Вип. 1 (78). – С. 54 – 57.
2. Абд'яхімова Ц. Б. Механізми психологічного захисту у осіб з неспихотическими психіческми розладами внаслідок часткової втрати зору травматического генезу / Ц. Б. Абд'яхімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1 (38). – С. 82–85.
3. Абд'яхімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспихотических психіческх розладів у осіб зі втратою зору травматического генезу за даними суб'єктивної оцінки / Ц. Б. Абд'яхімова // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 1. – С. 34–39.

Таблиця 6. Суб'єктивна оцінка ефективності заходів психотерапії при тяжкому ступені вираженості НПР у осіб з ЧВЗТГ

Заходи	Середній % відвідувань	Суб'єктивна оцінка ефективності у %
Психопрофілактика і психогігієна	87,0	85,0
Психоосвітня робота	68,0	75,0
<b>Психотерапевтична робота</b>		
Загальні методи		
– корекція часової перспективи	75,0	86,0
– корекція механізмів психологічного захисту	80,0	94,0
– навчання інвалідів навичок поведінки в стресових ситуаціях	92,0	100,0
– корекція внутрішньої картини хвороби	89,0	91,0
Спеціальні методи (тренінги)		
– «Я і мої емоції»	94,0	100,0
– «Принципи і прийоми саморегуляції	95,0	100,0
– «Пізнання себе і навколишнього світу»	96,0	100,0
– «Навички конструктивної взаємодії»	92,0	95,3
– «Гнів – це нормально»	90,0	98,0
<b>Психотерапевтична підтримка</b>		
– формування адекватного, правильного уявлення про власні якості та можливості	85,0	94,0
– консультування з питань поліпшення міжособистісних та сімейних стосунків	92,0	88,0
– навчання навичок поведінки в конфліктній ситуації, пошуку конструктивних способів вирішення конфліктів	92,0	95,0
– усунення психологічних бар'єрів, які перешкоджають успішній адаптації і підсилюють дію психотравматичних чинників	96,0	100,0
<b>Всього у середньому</b>	<b>92,0</b>	<b>88,0</b>

4. Абд'яхімова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку неспихотических психіческх розладів у осіб з частковою втратою зору травматического генезу / Ц. Б. Абд'яхімова // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 2. – С. 68–72.
5. Абд'яхімова Ц. Б. Тип ставлення до хвороби в генезі неспихотических психіческх розладів у осіб з частковою втратою зору травматического генезу / Ц. Б. Абд'яхімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 2 (39). – С. 93–98.
6. Абд'яхімова Ц. Б. Щодо взаємозв'язку між якістю життя та рівнем соціальної підтримки в генезі неспихотических психіческх розладів у осіб з частковою втратою зору травматического походження / Ц. Б. Абд'яхімова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2013. – № 2 (24). – С. 50–57.
7. Роль факторів психіческй травматизации в структуре неврозогенеза невротических расстройств / Н. А. Марута [и др.] // Материали I Съезда (с международным участием) Республиканского общественного объединения «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья», 5–6 июня 2013 г. – Алматы, 2013 – С. 256–257.
8. Связанные с событием потенциалы мозга у пациентов с неспихотическими психіческми расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза / О. С. Чабан, Ц. Б. Абд'яхімова, А. Г. Снезирь, Б. Б. Ивнев // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 5 (67). – С. 87–92.
9. 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 // Arxiv ncxiampii. – 2014. – Т. 20, № 1 (76). – С. 103–107.

### СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ Ц.Б. Абд'яхімова

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 200 больных с неспихотическими психіческми расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза, определены общие направления и дифференцированные подходы к их психотерапии. Доказано, что при работе с больными, в клинической симптоматике которых преобладают тревожные феномены, а среди типов личностного и поведенческого реагирования – эмоционально-дезадаптационные патерны, базовая терапия антидепрессантами селективного или двойного действия должна дополняться назначением транквилизаторов, а также мягких нейрорепетиков с седативным и противотревожным действием, а основная психотерапевтическая стратегия должна содержать использование индивидуальных воздействий, основанных на когнитивно-бихевиоральных подходах. Напротив, пациенты с ведущими астеничес-

кими и астено-депрессивными психопатологическими феноменами с доминированием когнитивно-деструктивных и агрессивно-конфликтных личностных и поведенческих паттернов, нуждаются в назначении антидепрессантов со стимулирующим действием, церебропротекторов и снотворных, а также применении групповых психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных воздействий. Отдельным направлением психотерапевтической деятельности при этом является обязательная работа с семьей пациента (прежде всего с наиболее близким окружением – матерью или женой), направленная на нормализацию их психического состояния, адаптацию к новым условиям жизни с учетом изменений социальной и семейной активности пациента и активизацию ресурсных адаптивных возможностей семьи.

Анализ эффективности внедрения разработанных мероприятий комплексной специализированной помощи доказал их действенность как в плоскости редукации наличия и выраженности психопатологической тревожно-депрессивной симптоматики, так и улучшения качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, комплексная специализированная помощь, эффективность.

INTEGRATED SYSTEM OF SPECIALIZED CARE TO PERSONS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS  
DUE PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS AND ITS EFFECTIVENESS

C. Abdryahimova

Based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic examination of 200 patients with non-psychotic mental disorders due to partial loss of traumatic genesis, general trends and differentiated approaches to their treatment. It is proved that when working with patients in clinical symptoms are prevalent disturbing phenomena among types of personal and behavioral responses - emotionally dezadaptatsiyni patterns, basic therapy with antidepressants or selective double-action should be complemented by the appointment of tranquilizers and mild sedatives and neuroleptics with protytryvozhnoyu action, and basic psychotherapeutic strategy includes the use of individual actions based on cognitive-behavioral approaches. In contrast, patients with major and asthenic asthenic-depressive psychopathological phenomena of dominance of cognitive-destructive and aggressive personality conflict and behavioral patterns require prescribing of antidepressants with stimulant, tserebroprotektoriv and sleeping, and use of group cognitive-behavioral psychotherapy effects. Selected areas of psychotherapy is mandatory while working with the patient's family (especially the most inner circle - his mother or his wife), aimed at normalizing their mental state, adapt to new living conditions, taking into account changes in social and family activity and patient activation of adaptive resource opportunities for families.

Analysis of the effectiveness of the developed activities integrated specialized assistance proved their effectiveness as a reduction in the plane of the presence and severity of psychiatric anxiety and depressive symptoms and improving quality of life for patients.

**Key words:** partial loss of traumatic genesis, nonpsychotic mental disorders, complex specialized care, efficiency.

УДК 616–039.31:[616.89–06:616.1]–083.98:615.851

**В.М. Загуровский**

**ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ  
И ПЕРМАНЕНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Целью исследования являлось изучение личностного реагирования при пароксизмальных и перманентных проявлениях психосоматических нарушений на примере патологии сердечно-сосудистой системы. Обследованы 302 больных с вегетососудистой дистонией и 298 – с гипертонической болезнью I–II ст., в течении которых возникли вегетативные и гипертонические кризы. Были использованы структурированное клиническое интервью; наблюдение, тест Люшера (по Л.Н. Собчик, 2001) и “Цветной рисунок человека” (В. М. Загуровский, 2007). Факторный анализ данных кризов и межкризового периода выявил 2 варианта изменения способа поведения и их зависимость от типа течения в виде 4 факторов для каждой нозологии: 1) с нормализацией при кризах, набором признаков, характеризующих смену «патологического» способа поведения в межкризовый период на способ реагирования, обладающий признаками «нормального» или значительно меньшим уровнем «патологичности»; 2) с ростом «патологичности» при кризах, содержащим показатели увеличения степени «патологичности» или смену способа поведения в межкризовый период с «нормального» на «патологический». Характеристики способов поведения личности во время кризов (способ реагирования) отличаются от таковых в межкризовом периоде. При пароксизмальных проявлениях он может приобретать: 1) свойства «нормального» или снижать степень «патологичности»; 2) меняться на «патологический» или увеличивать степень «патологичности» в сравнении с периодом перманентных проявлений. В ряду ВСД и гипертоническая болезнь происходит уменьшение «нормальности» и увеличение «патологичности». Источники стресса при кризах ВСД и в межкризовом периоде, как правило, идентичны; при гипертонической болезни источником стресса выступает компенсаторное поведение межкризового периода. Компенсация более адекватна при соматопсихическом варианте течения во время вегетативных кризов и при обоих вариантах гипертонической болезни.

**Ключевые слова:**  
стресс, компенсация,  
способ поведения,  
способ реагирования,  
кризы.