

*Ісаков Рустам Ісроілович,
доктор медичних наук,
доцент кафедри психіатрії,
наркології та медичної психології
Полтавського державного
медичного університету,
м. Полтава, Україна*

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Постановка проблеми. Згідно сучасних підходів до проблеми лікування ПТСР, ланкою, що найбільшою мірою забезпечує реалізацію комплексного характеру терапевтичного втручання в загальній структурі психіатричної допомоги, виступає реабілітація. Реабілітація – складна система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності [1]. В результаті цих заходів у пацієнта формується активне ставлення до порушення його здоров'я і відновлюється позитивне сприйняття життя, сім'ї і суспільства.

В сучасному світі концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і пристосування до життя та праці після хвороби [2]. За останні роки в усьому світі значно виросла зацікавленість у напрямку «психосоціальної реабілітації».

Психосоціальна реабілітація — це процес, що відкриває людям, які страждають психічними розладами, можливість досягти свого оптимального рівня самостійного функціонування в суспільстві. Її метою є вдосконалення соціальних навичок пацієнта, розширення кола його сприйняття і міжособистісного спілкування [3].

Реабілітація будується на базових принципах, серед яких можна виділити: партнерство, різнобічність зусиль, єдність психосоціальних і біологічних методів впливу, ступінчастість прикладених зусиль, проведені впливів і заходів. Виділено також основні етапи: відновна терапія, реадптація, реабілітація у власному сенсі цього слова.

Досвід відповідних досліджень показує, що застосування реабілітаційних програм дозволяє пом'якшити психопатологічну симптоматику та психосоціальну дезадаптацію, відновити втрачені соціальні зв'язки. Проте, у значній частині випадків такі пацієнти потребують тривалої опіки психологічних та психіатричних служб, а також більш глобальної підтримки суспільства.

Науковий прогрес у цьому напрямку пов'язують із підвищенням ефективності використання інформації про психогенез, патоморфоз та етіопатогенез і клініку ПТСР. Ці знання дозволяють впливати на всі етіопатогенетичні ланки формування ПТСР, чим поліпшувати якість реабілітаційних та профілактичних заходів[4].

Викладення основного матеріалу. Метою дослідження було вивчення ефективності застосування психосоціальної реабілітації у пацієнтів з ПТСР. У дослідженні брали участь 38 пацієнтів із діагнозом ПТСР (F43.1) за МКХ-10 та отримували комплексну терапію. Всі пацієнти були зацікавлені у відновленні ефективних соціальних взаємовідносин та розвитку позитивних емоційних переживань, компенсуючих травму та її наслідки. Основні критерії включення пацієнтів у дослідження: діагноз ПТСР (F43.1) та отримання курсу терапевтичних заходів; бажання приймати активну участь в процесі психосоціальної реабілітації; пацієнти є достатньо *стабільними*, перебували на завершальних етапах лікування та мають *можливість* з точки зору психічного статусу (когнітивного стану, пам'яті), що сприяє отриманню нових навичок під час реабілітаційного процесу; дієдатні та повнолітні особи.

Критерії виключення були наступними: зловживання наркотичними речовинами чи алкоголем, наявність тяжкої супутньої соматичної патології. Групу порівняння склали 19 пацієнтів з діагнозом (F43.1).

Для досягнення мети і реалізації завдань використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Застосовано структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю — СКІД (SCID - Structured Clinical Interview for DSM) та діагностична клінічна шкала (CAPS — Clinical Administred PTSD Scale). Програма діагностичного інтерв'ю (DIS) виявляла інформацію щодо причин труднощів в психосоціального функціонування у пацієнтів[5]. Шкала CGI-I для оцінки ефективності реабілітаційного процесу.

Системний характер реабілітаційних і профілактичних заходів передбачав поєднання медичних, психологічних та соціальних втручань з урахуванням індивідуального визначення їх обсягу, своєчасності, координації та наступності лікувальних впливів.

Принцип етапності передбачав реалізацію реабілітаційних і профілактичних заходів на послідовних етапах: початковому (ініціальному), основному та етапі профілактичних і підтримуючих заходів.

Тривалість та дизайн кожного із етапів залежали від тривалості перебігу ПТСР, особливостей особистості, використання тієї чи іншої техніки для відновлення соціальних зв'язків. В рамках такого поступального характеру застосування впливів і заходів передбачається послідовний і раціональний перехід від однієї форми терапевтичного впливу до іншої.

Для психосоціальної реабілітації в процесі роботи з пацієнтами використовували наступні інтервенції:

1. Психосоціальна освіта. Використовували у випадку недостатньої інформованості пацієнта щодо здорового способу життя, схильності до зловживання алкоголем чи наркотичних речовин.

2. Розвиток навичок самостійного життя. Застосовували у випадку якщо пацієнт з ПТСР не може в повному обсязі самостійно обслуговувати себе та вести нормальний спосіб життя без сторонньої допомоги.

3. Забезпечення безпечним житлом. При відсутності надійного, безпечного, постійного місця проживання, що необхідно для досягнення мети лікування, надавалася соціальна допомога.

4. Тренінг сімейних взаємовідносин проводили при відсутності достатньої підтримки з боку членів родини, їх розуміння сутності захворювання, особливостей лікування. Розвиток соціальних навичок застосовувався для пацієнтів що є недостатньо соціально активними.

5. Професійна реабілітація спрямовувалась на можливість пацієнтами з ПТСР реалізувати свої професійні навички.

Висновки. Співставлення результатів в основній групі та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої комплексної системи реабілітації пацієнтів з ПТСР, про що свідчить достовірне переважання показника одужання 71% та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі.

Мета реабілітаційної роботи у пацієнтів з ПТСР досяжна лише тоді, коли в повному обсязі враховуються активність патологічного процесу, психічний стан хворого, його особистість, особливості безпосереднього соціального оточення та індивідуальні життєві умови, що в сукупності визначають його реальні можливості.

Список використаних джерел

1. Breslau N, Kessler R, Howard D, Schultz L, Davis G, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. Archives of General Psychiatry. 1998 Jul; 55 (7): 626-632.

2. Maruta N, Pan'ko T, Fedchenko V, Kutikov O. The role of psychotraumatization factors in formation of anxious-phobic disorders. 2012 Oct; 5: 251[in Ukrainian].

3. Herasymenko LO. (2018) Psihosotsial'na dezadaptatsiya (suchasni kontseptual'ni modeli). Ukraïns'kii visnik psihonevrologiyi. 2018; 1: 62-65 [in Ukrainian].

4. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Psihosocialna dezadaptaciya pri posttravmatichnomu stresovomu rozladi u zhinok. Poltava: ASMI; 2016. 156 s. [in Ukrainian].

5. Goldberger L, Breznitz S, editors. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press, 2012. 969 p.