

Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І., Фисун Ю. О., Кидонь П. В.

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава)

Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та психогенних психічних розладів

Війна в Україні вплинула на появу чималої кількості осіб, що перенесли тяжку психотравму та потребують своєчасної, сучасної та ефективної медичної допомоги. Предикторами виникнення та формування травматичних стресових розладів є не тільки участь у бойових діях, але і соціальні пертурбації у осіб, що вимушено покинули свій дім та стали біженцями чи внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Причинами дистресу, що призводять до розвитку порушень адаптації, є зміна звичного середовища: незвичні умови життя, переміщення всередині країни або переїзд до іншої держави, зміна мовного середовища, культурних та релігійних традицій. За оцінками ООН, щонайменше 11,7 мільйонів людей вимушені покинути свій дім через воєнні дії в Україні. Майже всі ці люди потребують психологічної допомоги різного характеру, але обсяг і якість ресурсів, що можуть бути їм надані, лишають бажати кращого.

Мета дослідження: розробка персоніфікованої та комплексної системи реабілітації для ВПО.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 256 пацієнтів, які за період 2014—2022 років стали ВПО та на цей момент проживають на території Полтавської області. Пацієнти поділені на групи таким способом: до I групи ВПО належали пацієнти з психосоціальною дезадаптацією та психогенним психічним розладом; II групу сформовано з ВПО з психосоціальною дезадаптацією та без ознак психічної патології, III група — здорові ВПО.

Система реабілітації для ВПО була покликана відновити симптоми та синдроми в рамках психічного статусу обстежених, адаптувати пацієнтів до соціального оточення та дати пристосуватися до нових умов життя, покращити соціальне функціонування, усунути прояви психосоціальної дезадаптації. Реабілітаційну систему здійснювали поетапно, в її основі були принципи комплексності та персоніфікації. Комплексність включала: психоосвітні заходи, медикаментозні та психотерапевтичні втручання. Застосування персоніфікованого підходу враховувало гендерну та вікову належність, особистісні патопсихологічні відмінності, клінічні прояви та нозологічну характеристику захворювання, особливості внутрішнього переміщення, характер психотравми.

В I групі — 146 ВПО, до якої належали пацієнти з психосоціальною дезадаптацією та психогенним психічним розладом, за МКХ-10 діагностовано розлади адаптації (F43.2), тривожно-депресивний розлад (F41.2), посттравматичний стресовий розлад (F43.1), соматизований розлад (F45.0), пролонгована депресивна реакція (F43.24), що поєднувалися

з психосоціальною дезадаптацією у соціально-інформаційній, соціально-економічній, соціально-професійній, міжособистісній, сімейній та батьківській сферах.

Результати. Залежно від психічного розладу, його тяжкості, а також з урахуванням індивідуальних особливостей та гендерних відмінностей ВПО, призначали психотерапевтичні втручання та фармакотерапію. При соматизованому розладі та переважанні соціально-професійної дезадаптації — у 15 (10,3 %) пацієнтів надавали перевагу особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії, також застосовували дихальні вправи, аутогенне тренування, медитацію чи м'язову релаксацію (за методикою Джекобсона). У пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом діагностовано переважно соціально-інформаційну дезадаптацію — у 32 (21,9 %), саме тому психотерапевтичною інтервенцією була когнітивно-біхевіоральна терапія за А. Бекк. 12 (8,2 %) пацієнтам з пролонгованою депресивною реакцією та сімейною і батьківською психосоціальною дезадаптацією проводили сеанси гештальт-терапії. Розлади адаптації з домінуванням соціально-інформаційної та міжособистісної психосоціальної дезадаптації у 26 (17,8 %) пацієнтів лікували раціональною психотерапією за Р. Дюбуа. При тривожно-депресивному розладі у 61 (41,8 %) ВПО переважали змішані варіанти психосоціальної дезадаптації, з домінуванням у соціально-інформаційній сфері, різного ступеня тяжкості, що зумовило використання тренінгів управління стресом та когнітивно-біхевіоральної терапії за А. Бекк.

Етап підтримувальних заходів для пацієнтів I групи ВПО мав комплексний характер, базувався на всебічному підході і спрямований на реабілітацію ВПО із залишковими явищами психосоціальної дезадаптації.

II група — 68 ВПО з психосоціальною дезадаптацією різного ступеня виразності отримували персоніфіковану допомогу, що була спрямованою на усунення проявів дезадаптації, які були реакцією на внутрішнє переміщення і на адаптацію в новому соціумі. Застосовано психоосвітні заняття, психологічне консультування та психокорекційні методи відновлення пацієнтів. За наявності вираженого ступеня психосоціальної дезадаптації надавали психотерапевтичну допомогу.

Висновки. Аналіз ефективності розробленої системи реабілітації для ВПО проводили на підставі клінічних і психодіагностичних показників. Зіставлення результатів свідчить на користь ефективності розробленої системи реабілітації, про що свідчить

і достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в I та II групах. За результатами проведеного дослідження встановлено, що в I групі ВПО за шкалою CGI-I відбулося дуже значне покращення психічного стану — у 37 (25,4 %), значне покращення

стану — у 91 (62,3 %), мінімальне покращення стану — у 18 (12,3 %), погіршення стану — не відзначалося. У II групі ВПО результати за цією шкалою: дуже значне покращення — 30 (44,1 %), значне покращення — 35 (51,5 %), незначне покращення — 3 (4,4 %), без змін або погіршення стану — не відзначалося.