

Д-р мед. наук, проф. О. С. ЧАБАН¹,
 д-р мед. наук, доц. Ц. Б. АБДРЯХІМОВА^{1, 2},
 д-р мед. наук, проф. О. О. ХАУСТОВА^{1, 2},
 канд. мед. наук К. І. КЛЕБАН³,
 О. В. ПРОХОРОВА²,
 О. В. МОСКАЛЕНКО-МОСПАНЕНКО³

ОСОБЛИВОСТІ ПІДТРИМАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО АБО ІНШОГО ГЕНЕЗУ

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ,
² Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ,
³ Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 1

На основі аналізу літературних джерел узагальнено інформацію про порушення психіки і поведінки в осіб, які втратили зір у дорослому віці. На перше місце в психічних змінах виступає гостра психоемоційна реакція, яка за певних обставин може трансформуватися в хронічну стресову. За наявності певної генетичної та/або набутої обумовленості втрата зору може стати причиною дебюту психічного та поведінкового розладів, провокативним фактором погіршення або розвитку ускладнення вже існуючих психопатологічних проявів.

Ключові слова: втрата зору, дорослі, психічне здоров'я.

Повна або часткова втрата зору серед дорослого населення є надзвичайно розповсюдженим явищем. Згідно із даними ВООЗ, у світі близько 285 млн осіб мають проблеми із зором, із них 39 млн є повністю сліпими, а 246 млн — із низьким зором. При цьому зазначається, що майже 80% усіх порушень зору потенційно можуть бути попереджені або вилікувані [1].

Відповідно до критеріїв МКХ-10 порушення зору та сліпота входять у рубрики H53 (порушення зору) та H54 (сліпота та низький зір), які класифікуються як [2]:

- H54.0. Сліпота на обидва ока;
- H54.1. Сліпота на одне око, низький зір та інше;
- H54.2. Низький зір на обидва ока;
- H54.4. Сліпота на одне око;
- H54.5. Низький зір на одне око.

Найпоширенішими причинами порушення зору є некоректовані помилки рефракції ока (міопія, гіперопія або астигматизм), що становлять 43% від усіх порушень, а також непрооперавана катаракта (33%) та глаукома [1]. Серед причин слід виділити втрата зору травматичного генезу. У зв'язку зі своєю раптовістю, на відміну від погіршення зору через захворювання, ця причина асоційована із найбільшим психологічним стресом та, як наслідок, розвитком стресових розладів. Питома вага такого порушення є істотною. Згідно із даними епідеміологічних досліджень щороку виникає близько 500 тис. травм, що призводять до порушень зору [3]. Віковий розподіл часткової втрати зору травматичного генезу — бімодальний

із найбільш частим виникненням у молодих людей та осіб, старших 70 років [4].

Сучасний погляд на лікування пацієнтів передбачає не тільки корекцію безпосередніх симптомів захворювань, а й всебічний підхід до вирішення усіх проблем, асоційованих із хворобою, та коморбідних станів. Крім того, підхід до лікування передбачає клієнтцентрованість, тобто узгодження з пацієнтом будь-яких діагностичних та лікувальних дій після детальних пояснень щодо їх доцільності та доказової бази. Ці аспекти підходу до curaції відображені в нових європейських та американських рекомендаціях.

Значне місце серед проблем, з якими стикаються особи із порушеннями зору, займають зміни психічної сфери. Окрім того що часткова або повна втрата зору асоційована із рядом функціональних проблем, ця подія є надзвичайно сильним стресом ця пацієнта. Слід зазначити, що чим більш раптовою була втрата зору, тим більші порушення адаптації у майбутньому спостерігаються у пацієнта.

Як приклад можна навести дослідження М. Р. Coday [et al.] [5], в якому брали участь 65 пацієнтів із частковою або повною втратою зору на одне око травматичного генезу. У ході експерименту виявлено, що при поступовій втраті зору процес адаптації тривав у середньому 3,6 міс, тоді як при раптовій — 8,8 міс. При цьому в останньому випадку спостерігали більший психологічний вплив травми.

Стрес через втрата зору відображено в розвитку широкого спектра психічних розладів у таких

пацієнтів. При дослідженні цієї проблеми Van der Aa Н. Р. А. [et al.] [6] дійшли висновку, що часткова або повна втрата зору асоційована із підвищеним ризиком розвитку субпорогових симптомів депресії та тривоги, депресивного епізоду, генералізованого тривожного розладу, соціальної фобії та агорафобії (табл. 1). Ці дані свідчать про необхідність проведення спеціальних скринінгових інтервенцій на виявлення психічних порушень для таких осіб, уведення профілактичних заходів щодо їх розвитку пацієнтам із групи високого ризику та включення у реабілітаційну програму спеціальних психологічних інтервенцій із залученням висококваліфікованих спеціалістів зі сфери охорони психічного здоров'я.

На сьогоднішній день підходи щодо вирішення проблем терапії і реабілітації осліплених різного генезу у дорослих осіб досліджувались багатьма авторами. Вони зазначали, що в інваліда по зору спостерігаються порушення нервово-психічних процесів, погіршується настрій, багато з них перебувають у стані самотності та безнадії, тому при організації інтервенцій обов'язково необхідно враховувати нестійкий психічний стан осліплого.

Однак насамперед лікар проводить попередню підготовку до терапії та реабілітації, яка включає ретельне дотримання діагностичних принципів, бесіду, побудовану з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта, якого в будь-якому випадку слід підбадьорити не пустими обіцянками, а поясненнями на доступному йому рівні суті травми і напрямків лікування, його реальних перспектив. В офтальмології приховати правду буває важко, хоча іноді доводиться це робити з психотерапевтичною метою [7–10].

Більшість авторів підкреслює, що бесіда із хворим та його родичами є найголовнішим лікувальним засобом, яким фахівець повинен володіти не менш віртуозно, ніж будь-якою іншою професійною навичкою. Разом із тим найважче тут дати конкретні рекомендації, це приходить із практикою і багаторічним досвідом роботи [11–13].

Питання організації та проведення терапевтичних і реабілітаційних заходів особам, які мають обмежені можливості, займають важливе місце в численних працях вітчизняних та зарубіжних авторів [14, 15]. Проте досі не існує єдиного розуміння специфічності, не відпрацьовано

Таблиця 1

Поширеність психічних розладів при порушеннях зору (за Van der Aa Н. Р. А. [et al.], 2015)

Розлад або симптоми	Частка осіб із порушенням зору, % (95% довірчий інтервал), <i>n</i> = 615	Частка осіб із загальної популяції, % (95% довірчий інтервал), <i>n</i> = 1232	Нестандартизований відносний ризик	Стандартизований відносний ризик
Бали за CES-D \geq 16	32,20 (28,51–35,98)	12,01 (10,33–13,69)	4,40 (3,42–5,65)	4,46 (3,37–5,90)
Бали за HADS \geq 8	15,61 (12,74–18,48)	10,69 (9,09–12,29)	2,27 (1,68–3,07)	2,84 (2,04–3,95)
Великий депресивний розлад	5,36 (3,58–7,14)	1,23 (0,66–1,80)	5,32 (2,77–10,18)	5,56 (2,79–11,08)
Дистимічний розлад	0,98	Дані відсутні	Дані відсутні	Дані відсутні
Панічний розлад без агорафобії	0,16 (–0,15... 0,48)	0,53 (0,16–0,90)	0,25 (0,03–2,00)	0,36 (0,04–2,91)
Панічний розлад з агорафобією	0,33 (–0,12... 0,78)	0,26 (0,00–0,52)	1,00 (0,18–5,48)	1,72 (0,28–10,27)
Агорафобія без панічного розладу	4,22 (2,63–5,81)	1,31 (0,72–1,90)	3,16 (1,70–5,86)	3,60 (1,86–6,99)
Соціальна фобія	2,44 (1,22–3,66)	0,88 (0,40–1,36)	2,78 (1,27–6,08)	3,30 (1,43–7,61)
Генералізований тривожний розлад	1,79 (0,74–2,84)	0,96 (0,39–1,53)	2,02 (0,87–4,69)	2,18 (0,90–5,35)
Загалом за тривожними розладами	7,48%	3,24%	2,29 (1,49–3,52)	2,91 (1,83–4,64)
Депресивний і тривожний розлади (коморбідні)	2,28 (1,10–3,46)	0,26 (–0,04... 0,56)	9,54 (2,73–33,33)	12,91 (3,59–46,36)
Депресивний та/або тривожний розлад	10,57 (8,14–13,00)	4,29 (3,11–5,47)	2,68 (1,84–3,92)	3,14 (2,08–4,75)
Депресивний епізод в анамнезі	11,38 (8,87–13,89)	4,03 (2,89–5,17)	3,17 (2,16–4,64)	3,92 (2,59–5,94)

загальноприйнятую концептуальну схему терапевтичних тактик та психореабілітації осіб із несприятливими психічними порушеннями внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу.

У літературі відзначається тенденція до розширення системи реабілітації за рахунок заходів, що перешкоджають виникненню несприятливих психологічних ознак і дають змогу зменшити ступінь несприятливих зрушень, а також підвищити рівень адаптованості організму [16, 17].

Деякі фахівці висловлюють думку про те, що сама реабілітація — вимушений захід «боротьби» із соціально-побутовими та психологічними проблемами. Звісно, подібна пропозиція не може мати абсолютного характеру. В життєдіяльності інваліда по зору завжди зберігатимуться певні труднощі, зумовлені втратою будь-якої життєво важливої функції, стресові ситуації, хвороби, стомлення, що, безумовно, потребують проведення активних специфічних медико-психологічних реабілітаційних заходів [18–20].

На наш погляд, проблему реабілітації інвалідів, зокрема тих, що мають порушення зору, доцільно розглядати з позицій концепції психічного здоров'я, а також з урахуванням її подальшого розвитку. Як відомо, у структурі психічного здоров'я інваліда виділяють три основні компоненти: психологічний, біологічний і соціальний. Відповідно до цього виділяють і три основних напрями реабілітації: психологічну, медичну та соціальну [21].

Необхідність психореабілітації пов'язана з виникненням психологічних порушень різного ступеня вираженості в результаті впливу психологічного стресу і необхідності усунення його наслідків [22]. Вона може включати широкий спектр соціально-психологічних, психолого-педагогічних, медико-психологічних заходів [23, 24]. Проведення психореабілітації реалізується в умовах спеціалізованих реабілітаційних установ різної спрямованості, в більшості випадків за відсутності медичних обмежень може бути показано перебування в профілакторії, санаторії [25].

Медична терапія проводиться за клінічними показаннями найчастіше в стаціонарі і рідше в медичних пунктах, вона включає екстрену реабілітацію, спрямовану на відновлення клінічного статусу пацієнта. У більшості випадків екстрена реабілітація може поєднуватися з психологічною, оскільки цілком правомірно розглядати наявне захворювання або психологічне порушення в інваліда не тільки як фізичне нездужання, але і як психологічний стрес [26].

З рештою соціальна реабілітація може мати різний характер залежно від ступеня потреб інваліда та специфіки реабілітаційної установи. Тради-

ційно до соціальної реабілітації інвалідів по зору відносять соціокультурну, соціально-педагогічну реабілітацію, соціально-побутову, соціально-середову орієнтацію [27]. Цей напрямок реабілітації має свою специфіку, пов'язану з потребами хворого на втрату зору подібно до специфіки медичної та психологічної реабілітації, які залежать від характеру конкретних захворювань або психологічних порушень у інваліда. Таким чином, необхідним є урахування патогенетичного принципу обґрунтування вибору реабілітаційних впливів у кожному конкретному випадку [28, 29].

Враховуючи складність несприятливих психічних порушень, можна узагальнити запропоновані різними авторами три групи засобів, спрямованих на усунення ознак психологічного неблагополуччя і відновлення психічного здоров'я [30–33].

Перша група включає засоби корекції психічного статусу шляхом впливу на когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти особистості. З цією метою використовують методи психогігієни, психокорекції у вигляді тренінгових занять, психотерапевтичного впливу, гіпнозу, методи навчання навичок саморегуляції, аутогенне та психом'язове тренування, аудіовізуальні методи психорегуляції [34, 35].

Друга група — засоби корекції регуляторних функцій організму, дія яких реалізується через нормалізацію нейрогормональної регуляції [36, 37], забезпечення оптимального рівня функціонування вегетативної нервової системи, підтримання необхідного рівня активації центральної нервової системи [38]. У межах цієї групи реалізується значна кількість засобів: фармакологічні (стимулятори, транквілізатори) [39, 40], фізичні (сауна, гідропроцедури, масаж, ароматерапія) [41], електрофізіологічні (транквілізації центральної нервової системи, міо- і нейростимуляція, стимуляція біологічно активних точок шкіри) [42], лазеро- і магнітотерапія, спеціальні фізичні вправи, фітотерапія та інші [43].

До третьої групи відносять кліматолікувальні чинники, характерні для конкретного регіону. Такі форми лікування, як таласотерапія (морські купання), аеротерапія (повітряні ванни), геліотерапія (сонячні ванни), бальнеотерапія (лікування мінеральною водою) [44–46], мають суттєвий ефект в системі комплексної реабілітації пацієнтів з частковою або повною втратою зору.

Крім того, зміна повсякденної обстановки, пов'язаної з поїздкою в санаторій, можливість повноцінного відпочинку і санаторний режим самі по собі мають позитивний терапевтичний ефект [47].

Перспективним напрямком корекції несприятливих психічних станів є використання лікарських рослин, яким притаманний метаболічний

тип фармакологічної дії, практична відсутність звикання і побічних ефектів. На думку ряду авторів, фітотерапія в цілому відповідає вимогам терапії невротичних станів [48–50].

Відомо, що структура рослинних інгредієнтів близька до структури метаболітів, які продукуються в організмі людини, і доступна впливу його ферментативних систем. Водночас багатовікове використання рослин в їжу сприяло формуванню у людини механізмів, що дають змогу не тільки ефективно переробляти біологічно активні природні компоненти, але і за необхідності успішно їх знешкоджувати [51].

Різноманітні методи лікувальної фізкультури в реабілітації осіб, які страждають на невротичні розлади [52], у тому числі інвалідів по зору з різними ознаками психологічного неблагополуччя, що ґрунтуються на дії лікувальних факторів, які усувають негативні наслідки гіподинамії, до яких інваліди по зору схильні більшою мірою в силу специфіки дефекту.

Психологічні ефекти фізичних тренувань виражаються в зниженні тривоги, зменшенні агресивності, знятті негативних емоцій і фрустрації, підвищенні впевненості в собі, поліпшенні самооцінки [53].

Широко використовуються з метою реабілітації осіб із втратою зору методи голкорексфлексотерапії, фізіотерапевтичні методи. Всі ці види терапії виявляються ефективними, якщо вони проводяться в комплексній системі патогенетично обґрунтованого відновного лікування [54].

На думку Г. П. Діянської та Г. П. Коваленко, специфічними для інвалідів по зору є можливості корекції порушень психологічного статусу за допомогою конкретних форм соціокультурної реабілітації, до яких традиційно відносять туротерапію, бібліотерапію, музикотерапію, гарденотерапію, ізотерапію, іпотерапію, ігрову терапію і т. д. Використання цих форм дає змогу не тільки виявити характер і встановити ступінь вираженості психоемоційних порушень у незрячих, а і компенсувати ці порушення в процесі проведення цілеспрямованих заходів [55, 56].

Особливо ефективним при реабілітації хворих із втратою зору є використання таких традиційних методів психотерапії, як роз'яснювальна і раціонально-емоційна. Це пов'язано з наявністю у незрячих людей безлічі проблем емоційно значущого плану і необхідністю їх якнайшвидшого вирішення. Каузальна в класичному розумінні терапія в таких випадках цілком виправдана, і рекомендації лікаря сприймаються цілком адекватно [57].

Перспективними методами вважаються різні модифікації індивідуальної та групової психотерапії, психокорекційної роботи [58]. Об'єктом впли-

ву при цьому є психологічні чинники патогенезу, такі як інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, внутрішня картина хвороби, психічний тип реагування на наявний дефект або захворювання [59–61].

Групова психотерапія дає змогу досягти терапевтичного ефекту за допомогою усвідомлення і розуміння ролі власних особистісних особливостей у виникненні міжособистісних конфліктів, реальної корекції неадекватних реакцій, форм поведінки, що і є головною передумовою відновлення психічного здоров'я та повноцінного функціонування особистості при різних порушеннях психіки [62].

Інтерес викликають питання використання, зокрема, при психосоматичних захворюваннях і невротичних розладах навіювання в природному і гіпнотичному сні [63]. Відомо, що шляхом навіювання можна викликати відчуття, уявлення, емоційні стани і вольові спонукання, здійснювати вплив на вегетативні функції без активної участі свідомості, без логічної переробки сприйманого. Можливості активації уявлень, викликані психічною активністю індивідуума, для регуляції вегетативних і психічних процесів дають змогу впливати на ключові патогенетичні механізми розладів.

Висока дієвість уявлень на фоні аутогенної релаксації забезпечена фазовим станом, подібним до гіпнотичного, що сприяє виникненню концентрованого збудження рухових і зорових структур головного мозку, відповідальних за реалізацію рухових програм [64].

Локальне збудження супроводжується вираженими вегетативними зрушеннями, які здійснюють фізіологічне забезпечення ідеомоторного акту. Класичні формули самонавіювання при аутогенному тренуванні можуть бути перебудовані лікарем відповідно до особливостей особистісних установок і статусу незрячого або самим незрячим, що включає в них афективно значущі в кожному конкретному випадку прийоми боротьби з певними психогенними розладами [65]. Таким чином, реалізуються основні напрямки застосування аутогенного тренування — створення сприятливого психофізіологічного стану, на тлі якого протікає діяльність; позитивний вплив на психофізіологічні особливості особистості [66].

Організація терапевтичної й реабілітаційної допомоги пацієнтам із втраченим зором висуває особливі вимоги не тільки до професійної підготовки лікарів, але й до медичного персоналу, до особистих якостей і їх характеру. Головними в поведінці персоналу є терпіння і такт. Для проведення психокорекційних заходів персонал повинен володіти глибокими знаннями, добре знати перебіг захворювань, дію на організм лікарських засобів, особливості догляду за хворими [67].

Психотерапевтичні заходи проводить лікар, але вони повинні бути зрозумілі медичній сестрі, оскільки вона є активним провідником і виконавцем усіх лікарських призначень і заходів. Володіючи психокорекційними методами, медична сестра швидше знайде індивідуальний підхід до хворого, створить хороший мікроклімат, підвищить ефективність лікування та реабілітації [68].

При психореабілітації пацієнтів із травмами очей для корекції больового синдрому необхідне проведення раціональної або роз'яснювальної терапії, елементи якої містяться в будь-якій розмові з хворим. При цьому в діяльності центральної нервової системи формується домінанта, не пов'язана з болем [69]. Позитивні зміни, що відбуваються у функціонуванні серцево-судинної, дихальної та нервової систем, приводять до відновлення мікроциркуляції, поліпшення трофіки ушкоджених тканин ока, сприяють усуненню явищ гіпоксії і аутоінтоксикації [70]. Основний акцент тут робиться на емоційний стан пацієнта, корекція больового синдрому відбувається опосередковано.

У літературі міститься багато рекомендацій щодо важливості виявлення поглядів хворого на майбутнє, на взаємини в трудовому колективі і в родині. Потрібно домагатися, щоб пацієнт зрозумів, що фахівець відчуває його труднощі, співчуває йому, прагне допомогти [71].

Слід урахувати, що проведена ввечері психотерапія більш ефективна, оскільки сугестивність в цей час доби підвищена. Крім того, в цей період хворі більш відверто розповідають про свій стан, нерідко відкриваючи те, чого не висловлювали лікарю через особливості свого характеру, підвищену сором'язливість; це в подальшому лікуванні відіграє важливу роль [72, 73].

Для проведення психокорекції хворого вичають не тільки з медичної, але і з психологічної та соціальної точок зору, детально зважаючи його переживання і взаємини в колективі і родині. Тільки такий підхід може дати добрі результати психологічного впливу при деривації зору [74].

Тривале перебування пацієнтів в стаціонарі спричиняє виражену астенію, фіксацію симптомів, посилення хворобливих симптомів, емоційну напруженість і негативну установку на лікування. Тут важливою є роль у роз'ясненні пацієнтові суті його хвороби на яскравих прикладах тих, хто видужує. Необхідним є домогання шляхом доброзичливого контакту з хворим, щоб він повірив у свої сили і вчився, якщо так трапилося, жити в «темряві» [75].

Персоналу офтальмологічного підрозділу слід прагнути до створення психотерапевтичного клімату, створення затишку і такої обстановки, яка залучала б хворого до дому, до співтовариства

здорових людей. Необхідно домогтися повної довіри хворого до персоналу, щоб зняти у нього емоційну напругу і негативні емоції, пов'язані з хворобою [76].

Велика роль відводиться роботі з рідними та близькими в усі періоди лікування хворого. Особливо важливі ці психокорекційні заходи при підготовці пацієнта до виписки. Родичі мають знати, яким має бути порядок денний хворого, роз'яснювати його хворобливі відчуття, сприяти активному включенню в можливу трудову діяльність [77].

Одним із головних аспектів медико-соціальної допомоги хворим є організація їх дозвілля. Для цього необхідно з'ясувати схильність інвалідів до певного виду творчості. Позитивний вплив у відновному періоді надає зайнятість улюбленою справою [78].

Аналіз використаних джерел інформації з питань інтервенцій непсихотичних психічних розладів внаслідок втрати зору вказує на обірваність і малосистематичність. Понад усе ми є прихильниками використання біопсихосоціального підходу при роботі з цими пацієнтами. Вибір методу/методики/практики психосоціального реабілітаційного впливу полягає в урахуванні ступеня травматичного ураження зору; особливостей формування основного психопатологічного стану хворого; персонологічного аранжування та врахування патопсихологічних корелятивів.

Приклади реабілітаційних програм та рекомендацій

Проблема систематичного підходу до надання допомоги пацієнтам із порушеннями зору уже довгий час досліджується широким колом спеціалістів. Результатом таких досліджень є публікація практичних клінічних рекомендацій як ключового компонента доказової медицини.

Однією із провідних закордонних організацій, що займається розробкою настанов згідно із існуючою доказовою базою, є Американська оптометрична асоціація (American Optometric Association). Вперше ця організація опублікувала рекомендації у 1997 р., а нині діє їх оновлена у 2007 р. версія. Ця настанова складається із трьох основних розділів, включаючи визначення проблеми (визначення, класифікація та епідеміологія), процесу надання допомоги (діагностика, ведення пацієнтів) та висновків. Серед цілей надання допомоги та реабілітації автори зазначають таке [79]:

оцінку функціонального статусу системи зору;
оцінку здоров'я очей та пов'язаних системних проблем зі здоров'ям і вплив захворювання або патологічних станів на функціонування системи зору;

Програма для групової роботи із особами з порушенням зору (за G. Rees, 2010)

Сесія	План дій
Розуміння проблеми низького зору	Знайомство та рекомендації групі. Створення правил групи. Обговорення досвіду, пов'язаного із проблемами із зором. Обмін досвідом роботи зі спеціалістами, що надають допомогу при проблемах із зором. Інформування учасників про принципи самодопомоги. Пояснення термінології та причин низького зору. Огляд усієї програми.
Поліпшення використання зору	Надання інформації щодо методів вирішення проблем. Практичне їх використання у групі. Пояснення учасникам стратегії «чотирьох В» (Bigger, Brighter, Bolder, Being organized) — більше, веселіше, більш самовпевнено та більш самоорганізовано. Обговорення факторів, які допомагають та заважають зору. Ідентифікування способів, якими учасники можуть покращити зір, використання додаткових органів чуття. Демонстрація адаптивного обладнання. Заохочення учасників до обговорення власних стратегій адаптації та їх використання у повсякденному житті. Продовження обговорення учасниками стратегій «чотирьох В». Огляд та демонстрація засобів, які покращують зір. Надання інформації щодо встановлення цілей та створення плану дій. Створення учасниками плану дій на цей тиждень.
Підтримка та технології	Зворотний зв'язок від учасників щодо плану дій та використання навичок вирішення проблем. Створення плану дій на цей тиждень. Обговорення комунікаційних стилів та асертивних комунікаційних стратегій. Вироблення практичних навичок. Демонстрація та обговорення технологій, які допомагають людям із порушеннями зору.
Персональні реакції та способи копіngu	Ідентифікація та обговорення емоційних реакцій учасників щодо проблем із зором. Обговорення копінг-стратегій (які допомагають справитися із сильними емоційними переживаннями). Надання інформації стосовно взаємозв'язку між думками, почуттями та поведінкою згідно із теорією когнітивно-поведінкової терапії. Продемонструвати, як при зміні думок, оцінки ситуацій та переконань змінюються емоції. Навчання технік релаксації: майндфулнес-медитація як спосіб боротьби зі стресом. Зворотний зв'язок щодо плану дій та використання навичок вирішення проблем. Створення плану дій на наступний тиждень.
Підтримка інтересів та гарного самопочуття	Зворотний зв'язок щодо плану дій та використання навичок вирішення проблем. Створення плану дій на наступний тиждень. Надання інформації щодо внутрішнього діалогу із самим собою. Приклади раціональних та нераціональних думок. Навчання другої техніки релаксації — прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном. Обговорення способів відпочинку та проведення вільного часу, які використовують пацієнти. Визначення та обговорення всіх доступних видів рекреаційної активності.
Підтримка активності	Зворотний зв'язок щодо плану дій та використання навичок вирішення проблем. Створення плану дій на наступний тиждень. Надання інформації та обговорення проблем із орієнтацією у просторі та руховою активністю. Вироблення стратегій для їх вирішення. Надання інформації щодо пристроїв, які допомагають у цьому. Обговорення можливих бар'єрів для асертивності та використання навичок, направлених на її підвищення. Надання інформації щодо технік самозахисту. Їх практичне використання.
Підсумок роботи за програмою	Зворотний зв'язок щодо плану дій та використання навичок вирішення проблем. Обговорення цілей на майбутнє. Використання копінг-стратегій у подальшому. «Мозковий штурм» щодо суспільної підтримки та ресурсів. Надання інформації та обговорення юридичних аспектів функціонування осіб із порушеннями зору. Навчання третьої техніки релаксації — використання тематичних образів (thematic imagery). Стислий огляд пройденого матеріалу та підсумок роботи за програмою. Церемонія успішного освоєння програми.

Ефективність програми «self-management» в осіб із частковою втратою зору та симптомами депресії (за В. Л. Brody [et al.])

Група	Кількість пацієнтів	Вихідні, середнє (СВ)	Після періоду спостереження, середнє (СВ)	Різниця, середнє (СВ)	p
<i>Геріатрична шкала депресії</i>					
«Self-management»	12	7,50 (2,19)	4,58 (2,42)	2,92 (3,26)	0,03
Контроль	20	7,80 (2,35)	6,80 (2,96)	1,00 (3,78)	
<i>Шкала самоефективності пацієнтів із віковою макулярною дегенерацією</i>					
«Self-management»	12	55,76 (18,81)	73,07 (13,75)	17,31 (23,30)	0,01
Контроль	20	61,67 (14,84)	65,62 (18,15)	3,95 (23,44)	
<i>Індекс соціальної підтримки Дюка</i>					
«Self-management»	12	29,16 (6,61)	34,63 (9,29)	5,47 (11,40)	0,03
Контроль	20	27,60 (8,76)	27,35 (11,69)	0,25 (14,61)	

Примітка. СВ — середнє відхилення.

надання відповідних оптометричних реабілітаційних інтервенцій для покращення функціонування системи зору, беручи до уваги особливливості зорові вимоги пацієнта, потреби та ступінь адаптації до втрати зору;

консультування і освіта пацієнта стосовно порушень зору та зорового апарату та пов'язаних зі здоров'ям системних проблем, включаючи рекомендації щодо лікування, менеджменту та майбутньої допомоги;

забезпечення доступу до інших медичних служб за необхідністю.

Окремим пунктом відзначено психологічне консультування для покращення пристосування до втрати зору, оскільки існує достатньо доказів щодо поліпшення результатів лікування при використанні цих інтервенцій. Для цього слід ретельно збирати анамнез і обов'язково перевіряти наявність депресії, суїцидальних тенденцій, співзалежності та заперечення [79].

При плануванні курсу терапії, на думку авторів, лікарю потрібно враховувати такі фактори: 1) ступінь порушення зору, втрати працездатності або інвалідності; 2) причину порушення зору та прогноз; 3) вік пацієнта та рівень освіти; 4) загальний стан здоров'я пацієнта; 5) інші фізичні вади, які можуть мати вплив на проходження пацієнтом реабілітації; 6) ступінь адаптації пацієнта до втрати зору; 7) очікування пацієнта та мотивацію; 8) когнітивне функціонування пацієнта; 9) доступні системи корекції зору; 10) доступні служби соціальної та психологічної підтримки [79] (American Optometric Association).

Однією з програм із великою доказовою базою є так звана «self-management program for low vision» (програма самопомоги для осіб з низьким зором). Один із її варіантів описав і дослідив

ефективність G. Rees [et al.] (2010). Сама програма створена на основі огляду попередніх досліджень щодо впливу порушень зору на якість життя, інтерв'ю з особами із порушеннями зору, консультацій із персоналом, що здійснює реабілітацію таких осіб, та консультацій із фахівцями із інших сфер. Автори використовували також інформацію із соціальної когнітивної теорії, теорій копінугу із хворобою та порушенням працездатності, техніки навчання для дорослих осіб, техніки групової динаміки та когнітивно-поведінкової терапії. Програма складається з восьми тригодинних щотижневих групових сесій (табл. 2) [80].

Як зазначає авторський колектив, використання цієї програми з освітніми, практичними та психологічними інтервенціями може значно знизити ризик розвитку психічних проблем, асоційованих із втратою зору. Слід зазначити, що програму використовували для осіб, що мали проблеми із зором з різних причин, а також різний ступінь розвитку цих проблем. Розробники програми підкреслюють актуальність профілактики психічних порушень у таких пацієнтів, особливо це стосується великого депресивного розладу, що трапляється у цієї групи осіб у 2–5 разів частіше, ніж у загальній популяції [80].

Ефективність подібних «self-management» програм визначалась у ряді досліджень. На особливу увагу в цьому плані заслуговує рандомізоване контрольоване дослідження, проведене В. Л. Brody et al. (2006), оскільки його основною кінцевою точкою була оцінка дієвості подібної програми у редукції симптомів депресії. У дослідженні взяли участь 32 пацієнти із частковою втратою зору внаслідок вікової макулярної дегенерації. Перед початком експерименту, після проходження програми та на 6-му місяці після закінчення програми

пацієнтів обстежили за допомогою різних шкал. Згідно із результатами в експериментальній групі порівняно з контролем відзначали достовірне покращання згідно із Геріатричною шкалою депресії (Geriatric Depression Scale), Шкалою самоефективності пацієнтів із віковою макулярною дегенерацією (Age-related Macular Degeneration Self-Efficacy Scale) та за Індексом соціальної підтримки Дюка (11-item Duke Social Support Index) (табл. 3) [81].

Проведений нами огляд літератури свідчить про актуальність проблеми підтримки психічного здоров'я в осіб із частковою травмою зору, в яких спостерігаються депресивні та тривожні розлади. Причому важливими є як розробка ефективних методів профілактики, так і лікування цих розладів.

У розвинених країнах сьогодні активно розробляються спеціальні програми для роботи із пацієнтами з частковою втратою зору, які включають освітні, психотерапевтичні елементи та навички для соціалізації таких пацієнтів. Незважаючи на ряд наукових робіт, присвячених цій тематиці, існує необхідність удосконалення існуючих профілактичних, лікувальних та реабілітаційних інтервенцій з урахуванням біопсихосоціального та пацієнт-центрованого підходів до менеджменту проблем із зором.

Список літератури

- World Health Organization [Електронний ресурс] / Fact Sheet.— 2014.— № 282.— Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
- International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10-th Revision [Електронний ресурс] / World Health Organization.— 2015.— Retrieved from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>
- Thylefors B. Epidemiologic patterns of ocular trauma / B. Thylefors // Aust. N. Z. J. Ophthalmol.— 1992.— Vol. 20.— P. 95–98.
- The spectrum and burden of ocular injury / O. D. Schein, P. L. Hibberd, B. J. Shingleton [et al.] // Ophthalmology.— 1988.— Vol. 95.— P. 300–305.
- Acquired monocular vision: Functional consequences from the patient's perspective / M. P. Coday, M. A. Warner, K. V. Jaahrling, P. A. Rubin // Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery.— 2002.— Vol. 18.— P. 56–63.
- Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults / H. P. A. Van der Aa, H. C. Comijs, B. W. H. N. Penninx [et al.] // IOVS.— 2015.— Vol. 56.— P. 849–854.
- Психотерапевтичеська клініка: хрестоматія / В. А. Вербенко, Н. В. Вербенко, В. Н. Клинков [и др.]; под ред В. П. Самохвалова, О. С. Чабана.— Тернополь: ТГМУ, 2012.— Т. 1.— 438 с.
- Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно.— М.: Академический Проект, 2000.— 719 с.
- Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалеи, В. И. Сухоруков.— К.: Здоровье, 1984.— 160 с.
- Офтальмология: учеб. / В. Н. Алексеев, Е. А. Егоров, Ю. С. Астахов [и др.]— М.: Геотар-Медиа, 2010.— 240 с.
- Кански Д. Клиническая офтальмология. Систематизированный поход / Д. Кански.— 2-е изд.— М.: Логосфера, 2010.— 743 с.
- Шарипов А. Р. Роль психологических особенностей офтальмологических пациентов в послеоперационной реабилитации / А. Р. Шарипов, Р. А. Суворова // Вестн. ОГУ. Новые технологии микрохирургии глаза.— 2007.— № 78.— С. 180–184.
- Клиническое руководство по психическим расстройствам; под ред. Д. Барлоу.— 3-е изд.— СПб.: Питер, 2008.— 912 с.
- Туманова А. Л. Реабилитация заболеваний глаз в санаторно-курортной практике / А. Л. Туманова // Успехи современного естествознания.— 2006.— № 9.— С. 77–79.
- Ушаков С. А. Медико-социальная реабилитация пациентов офтальмологической практики (на материале исследования больных глаукомой): дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.00.52 «Офтальмология» / С. А. Ушаков.— Волгоградский государственный медицинский университет.— Волгоград, 2008.— 143 с.
- Медведев А. С. Основы медицинской реабилитации: практ. пособ. / А. С. Медведев.— Минск: Беларуская наука, 2010.— 435 с.
- Ярыгин В. Н. Здоровье как биологическая категория: базисные механизмы и эволюционная стратегия / В. Н. Ярыгин // Избр. лекции для практических врачей.— М., 2002.— С. 322–333.
- Либих С. С. Психотерапия и психология / С. С. Либих // Руководство по психотерапии; под ред. В. Е. Рожнова.— 3-е изд., доп. и перераб.— Ташкент: Медицина, 1985.— С. 45–64.
- Минутко В. Л. Справочник психотерапевта / В. Л. Минутко.— М.: Консалт-банк, 1999.— 360 с.
- Психотерапевтическая энциклопедия / В. А. Абабков, А. А. Александров, В. А. Ананьев [и др.]; под ред. Б. Д. Карвасарского.— 3-е изд., перераб. и доп.— СПб.: Питер, 2006.— 943 с.
- Психотерапия и психореабилитация: теории, принципы, виды и методы.— Мн.: МИУ, 2012.— 20 с.
- Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці — сімейній медицині: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти; за заг. ред. Б. В. Михайлова.— 5-е вид., перероб. та допов.— Харків: ХМАПО, 2014.— 328 с.
- Програма медико-психологічної реабілітації (для

- постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників): метод. рек. / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, М. П. Бєро [та ін.].— К.: МОЗ України, 2012.— 31 с.
24. Психотерапія в курортології: клин. рук.; под. общ. ред. Б. В. Михайлова.— Харьков: КС «Курорт Бєрезовские минеральные воды», 2012.— С. 289–318.
25. *Сандберг Н.* Клиническая психология / Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Дж. Таплин.— 5-е междунар. изд.— СПб.: Прайм-Еврознак, 2005.— 384 с.
26. *Вальчук Э. А.* Современное состояние медицинской реабилитации в республике Беларусь / Э. А. Вальчук, А. Н. Ильницкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2000.— № 1.— С. 48–52.
27. *Холостова Е. И.* Социальная работа: учеб. пособ. / Е. И. Холостова.— М.: Дашков и Ко, 2005.— С. 597–598.
28. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди.— 3-е изд., стереотип.— Budapest, Akademiai Kiado, 1974.— 286 с.
29. *Чугунов В. В.* Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: учеб. пособ. / В. В. Чугунов.— Харьков: Наука, 2010.— 304 с.
30. *Шестопалова Л. Ф.* Психология лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи досліджень / Л. Ф. Шестопалова // Мед. психология.— 2006.— № 4, Т. 1.— С. 30–32.
31. *Абрамов В. А.* Медико-соціальна реабілітація хворих із психічними розладами / В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, Т. Л. Ряполова.— Донецьк: Каштан, 2006.— 268 с.
32. Базисное руководство по психотерапии; под ред. М. М. Решетникова.— 3-е изд., перераб.— М.: Речь; Восточно-Европейский институт психоанализа, 2010.— 784 с.
33. Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте; под ред. И. З. Вельвовского.— Харьков: УИУВ, 1972.— 241 с.
34. *Лазарус А.* Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус.— СПб.: Речь, 2001.— 256 с.
35. *Eryomin A. L.* Information ecology — a viewpoint / A. L. Eryomin // International J. of Environmental Studies.— 1998.— Vol. 54.— P. 241–253.
36. *Заседа Ю. И.* Система психотерапии соматоформных и психосоматических расстройств в контексте психофеноменологического профиля контингентов / Ю. И. Заседа // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.— 2014.— № 1 (15).— С. 19–27.
37. Гипносуггестивная психотерапия в сфере компетенции психосоматики и неврологии / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, Ю. И. Заседа [и др.] // Мед. психология.— 2014.— Т. 9, № 2 (34).— С. 87–93.
38. *Гусев Е. И.* Нервные болезни / Е. И. Гусев, В. Е. Гречко, Г. С. Бурд.— М.: Медицина, 1988.— С. 5–6.
39. *Шабанов П. Д.* Психофармакология / П. Д. Шабанов.— М.: Букинистическое издание, 2008.— С. 135–138.
40. *Слободяник А. П.* Психотерапия, внушение, гипноз / А. П. Слободяник.— 4-е изд., испр. и доп.— К.: Здоровье, 1983.— 376 с.
41. *Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова / К. И. Платонов.— М.: Гос. изд. мед. лит., 1962.— 530 с.
42. *Молостов В. Д.* Иглотерапия и мануальная терапия: практ. руководство по лечению заболеваний / В. Д. Молостов.— М.: Эксмо, 2008.— С. 784.
43. *Рощупкина Л. А.* Санаторно-курортное лечение инвалидов / Л. А. Рощупкина // Льготы инвалидам. Ответы на все вопросы.— СПб.: БХВ-Петербург; М.: Эксмо, 2008.— 128 с.
44. *Марцияш А. А.* Санаторно-курортное лечение / А. А. Марцияш, Л. А. Ласточкина, Ю. И. Нестеров.— Кемерово: КемГМА, 2009.— 99 с.
45. *Барчуков И. С.* Санаторно-курортное дело / И. С. Барчуков.— М.: Юнити-Дана, 2012.— 304 с.
46. *Степанов Е. Г.* Основы курортологии: учеб. пособ. / Е. Г. Степанов.— Харьков: ХНАГХ, 2006.— 326 с.
47. *Лобода М. В.* Основы курортологии / М. В. Лобода, Э. А. Колесник.— К.: Изд-во Куприянова, 2003.— 512 с.
48. *Коршикова Ю. И.* Фитотерапия при ишемической болезни сердца: учеб. пособ. / Ю. И. Коршикова, Г. В. Ларионова, Н. Л. Кошелев.— М.: РосМАПО, 2001.— 44 с.
49. *Михайлов Б. В.* Некоторые аспекты сано(пато)генеза и дифференциальной диагностики клинических психотерапевтических эффект-синдромов / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, С. Г. Гринвальд // Друга наук.-практ. міжрегіон. конф.: тез. допов.— Вінниця, 2010.— С. 30–32.
50. *Михайлов Б. В.* Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2004.— № 4 (14).— С. 30–34.
51. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии; под ред. В. А. Шаповаловой, П. В. Волошина, А. В. Стефанова [и др.].— Харьков: Факт, 2003.— 784 с.
52. *Епифанов В. А.* Лечебная физическая культура и спортивная медицина: учеб. / В. А. Епифанов.— М.: Медицина, 1999.— 304 с.
53. Экология человека: учеб. / Н. А. Агаджанян, А. И. Григорьев, В. А. Черешнев [и др.].— М.: Гэотар-Медиа, 2008.— 240 с.

54. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами.— К.: Ун-т «Україна», 2013.— № 10 (12).— 355 с.
55. *Лоторева Е. В.* Интеграция инвалидов по зрению в информационное сообщество / Е. В. Лоторева // Общество: социология, психология, педагогика.— 2011.— № 1–2.— С. 94–98.
56. *Шевченко Н. Ф.* Смысл життя і можливості його відновлення у ситуації тяжкого соматичного захворювання / Н. Ф. Шевченко // Актуальні проблеми психології. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія; за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі.— К.; Ніжин: Видавництво НДУ; ДС «Міланік», 2007.— Т. 10, Вип. 1.— Ч. 2.— С. 157–161.
57. *Шестопалова Л. Ф.* Терапевтичне середовище медичного закладу психоневрологічного профілю: медико-психологічні проблеми / Л. Ф. Шестопалова // Вісн. Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія: «Психологія».— 2010.— № 913, Вип. 44.— С. 188–191.
58. *Каплан Г. И.* Клиническая психиатрия: пер. с англ. в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок.— М.: Медицина, 1998.— Т. 1.— 672 с.
59. *Федоров А. П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров.— СПб.: Питер, 2002.— 352 с.
60. *Александров А. А.* Интегративная психотерапия / А. А. Александров.— СПб.: Питер, 2009.— 352 с.
61. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике; под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карварсарского.— СПб.: Питер, 2008.— 528 с.
62. *Семке В. Я.* Основы персонологии / В. Я. Семке.— М.: Академический Проект, 2001.— 476 с.
63. *Бехтерев В. М.* Гипноз. Внушение. Телепатия / В. М. Бехтерев.— М.: Книжный Клуб Книговек; СПб.: Северо-Запад, 2011.— 416 с.
64. *Тонконогий И.* Клиническая нейропсихология / И. Тонконогий, А. Пуанте.— СПб.: Питер, 2007.— 528 с.
65. *Шойфет М. С.* Психофизическая саморегуляция. Большой современный практикум / М. С. Шойфет.— М.: Вече, 2010.— 678 с.
66. *Шульц И. Г.* Аутогенная тренировка; пер. с нем. С. Дземешкевича / И. Г. Шульц.— М.: Медицина, 1985.— 32 с.
67. *Абрамов В. А.* Хронічні психічні розлади та соціальна реінтеграція пацієнтів / В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, В. С. Підкоритов.— Донецьк: Либідь, 2002.— 418 с.
68. Загальна та медична психологія (практикум): навч. посіб. для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації / В. П. Блохіна, І. С. Вітенко, І. Д. Спіріна [та ін.].— Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002.— 176 с.
69. *Адам Д.* Восприятие, сознание, память. Размышления биолога: пер. с англ. Н. Ю. Алексеенко; под ред. и с предисл. Е. Н. Соколова / Д. Адам.— М.: Мир, 1983.— 152 с.
70. *Бизюк А. П.* Компендиум методов нейропсихологического исследования: метод. пособ. / А. П. Бизюк.— СПб.: Речь, 2005.— 400 с.
71. *Буль П. И.* Основы психотерапии / П. И. Буль.— М.: Медицина, 1974.— 310 с.
72. Методы групповой психотерапии психически больных: метод. рек. / В. Д. Вид, В. М. Воловик, Т. В. Гончарская, [и др.].— Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1982.— 39 с.
73. Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением; под ред. Е. А. Поклитара, М. А. Раскиной.— Одесса: Астропринт, 2007.— 232 с.
74. *Эйдемиллер Э. Г.* Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий.— СПб.: Речь, 2007.— 400 с.
75. *Шевченко Н. Ф.* Практикум із основ мовленнєвої компетентності психолога / Н. Ф. Шевченко, Ю. А. Паскевська // Практична психологія та соціальна робота.— 2006.— № 11.— С. 48–72.
76. Судебная и пенитенциарная психиатрия. Руководство для психиатров, клинических психологов, юристов / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, А. И. Щербак, С. С. Яновский.— К.: Украинская военно-медицинская академия, 1999.— 292 с.
77. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні / С. І. Табачников, Є. М. Горбань, Б. В. Михайлов, [та ін.] // Мед. исследования.— 2001.— Т. 1, вып. 1.— С. 6–8.
78. *Старшенбаум Г. В.* Психотерапия в группе / Г. В. Старшенбаум.— М.: Издательство Института психотерапии, 2005.— 320 с.
79. Optometric Clinical Practice Guideline: Care of the Patient with Visual Impairment (Low Vision Rehabilitation) [Електронний ресурс] / American Optometric Association.— 2007.— Retrieved from: <http://www.aoa.org/documents/optometrists/CPG-14.pdf>
80. A self-management program for low vision: Program overview and pilot evaluation / G. Rees, J. E. Keeffe, J. Hassell [et al.] // Disability and Rehabilitation.— 2010.— Vol. 32.— P. 808–815.
81. Age-Related Macular Degeneration: Self-Management and Reduction of Depressive Symptoms in a Randomized, Controlled Study / B. L. Brody, A.-C. Roch-Levecq, R. M. Kaplan [et al.] // JAGS.— 2006.— Vol. 54.— P. 1557–1562.

ОСОБЕННОСТИ ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ИЛИ ИНОГО ГЕНЕЗА

О. С. ЧАБАН, Ц. Б. АБДРЯХИМОВА, Е. А. ХАУСТОВА, Е. И. КЛЕБАН,
О. В. ПРОХОРОВА, Е. В. МОСКАЛЕНКО-МОСПАНЕНКО

На основе анализа литературных источников обобщена информация о нарушениях психики и поведения у лиц, утративших зрение во взрослом возрасте. На первое место в психических изменениях выступает острая психоэмоциональная реакция, которая при определенных обстоятельствах может трансформироваться в хроническую стрессовую. При наличии определенной генетической и/или приобретенной обусловленности потеря зрения может стать причиной дебюта психического и поведенческого расстройств, провокативным фактором ухудшения или развития осложнения уже существующих психопатологических проявлений.

Ключевые слова: потеря зрения, взрослые, психическое здоровье.

THE PECULIARITIES OF MENTAL HEALTH SUPPORT IN PATIENTS WITH VISUAL IMPAIRMENT RESULTING FROM TRAUMA OR OTHER CAUSES

O. S. CHABAN, Ts. B. ABDRIAKHIMOVA, O. O. KHAUSTOVA, K. I. KLEBAN,
O. V. PROHOROVA, O. V. MOSKALENKO-MOSSPANENKO

Based on the analysis of the literature the authors summarize the information about mental and behavioral disorders in persons who lost vision in adulthood. The first place among in the mental changes is occupied by acute psycho-emotional reaction, which under certain circumstances can be transformed into chronic stress. Existence of a genetic and/or acquired susceptibility, loss of vision can cause debut of mental and behavioral disorders, provocative factor for deterioration or complications of existing psychopathological manifestations.

Key words: loss of vision, adults, mental health.

Надійшла 05.01.2016