



ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА НЕВРОЛОГІЧНОМУ ХВОРОМУ. ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ПІД ЧАС ВІЙНИ

Тетяна Драгоманова

PhD медичної психології Клінічний психолог

Даний текст є тезами доповіді до III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності», 22 - 23 березня 2024 р., м. Київ - online.

У статті автор підкреслює роль психологічного втручання в лікування неврологічних хворих. Зазначає, що психолог допомагає лікарю запровадити індивідуальний підхід до пацієнта, оцінивши його психічний стан, особливості перебігу хвороби. Крім того, перевагою дій психолога в сучасній клініці є спільні, узгоджені дії міждисциплінарної команди під час лікування та реабілітації пацієнта, які сприяють найбільш повному відновленню. В статті акцентовано увагу на тому, що військові дії та психотравмуючі наслідки війни безперечно тільки сприяли поширенню неврологічних, зокрема, судинних захворювань. Є дослідження, які доводять прямий зв'язок між стресом та артеріальною гіпертензією, між стресом та серцево-судинними захворюваннями, які є основними причинами неврологічних захворювань.

Увага автора статті була зосереджена на допомозі пацієнтам з цереброваскулярними захворюваннями, так як вони становлять найбільшу частину неврологічних хворих (близько 60%). А психологічна допомога після інсульту передбачена Національною програмою медичних гарантій.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В КЛІНІЧНИХ УМОВАХ

Клінічна картина та прогресуючий розвиток різних цереброваскулярних захворювань достатньо різні. Але їх об'єднують такі ранні симптоми, як часті головні болі і відчуття тяжкості в голові, загальна слабкість, порушення сну, підвищена стомлюваність, емоційна лабільність, зниження пам'яті і уваги, запаморочення, частіше несистемного характеру, нестійкість при ходьбі. Загострення та кризовий стан тільки погіршують вищезазначену симптоматику, підвищують виснажуваність рівня продуктивності психічних функцій, викликають емоційні порушення у вигляді лабільності, сенситивності, ригідності. Наприклад, депресію виявляють у 33% пацієнтів, які перенесли інсульт чи ТІА [1].

Психологічна допомога пацієнту, який пережив кризовий стан, не залежно, чи це був інсульт, чи транзиторна ішемічна атака, чи прогресуюча дисциркуляторна енцефалопатія полягає в оцінці, підтримці, психологічному навчанні, реабілітаційних заходах.

Як тільки буде досягнуто стабілізації основних вітальних функцій (гемодинаміки, дихання), згідно протоколу медичної реабілітації в процесі лікування та відновлення пацієнта рекомендується втручання та допомога психолога.

Зокрема, когнітивний та психо-емоційний стан клієнта оцінюється у динаміці впродовж всього періоду перебування на лікуванні та при виписці. Обов'язковими втручаннями



психолога є також, психологічне навчання, психологічна підтримка. З іншими членами МДК обговорюється прогрес і проблеми у стані пацієнта.

ПСИХОДІАГНОСТИКА

Одним з основних завдань клінічного психолога в роботі з пацієнтами не залежно від їх захворювання є психодіагностичне обстеження: тестування пацієнтів за різними методиками, щоб оцінити психічний стан, виявити патологічні стани психіки, оцінити динаміку психічних порушень. Для проведення психодіагностичного обстеження, як правило, використовують набір сучасних тестів і методик. Найбільше розповсюдження для оцінки когнітивної сфери мають тест оцінки психічного статусу (MMSE) і Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій (MoCA). Перевагами цих тестів є те, що вони не складні, інструкції подані коротко та зрозуміло, результати діагностики чітко показують норму та ступінь когнітивних порушень.

Для оцінки нейропсихологічного статусу пацієнтів використовується також набір нейропсихологічних проб, розроблених О. Лурія. Вербальну пам'ять оцінюють за допомогою методик «Запам'ятовування 10 слів», «Запам'ятовування 6 слів», «Запам'ятовування фраз», «Запам'ятовування сюжетної розповіді»; стан зорової пам'яті – «Запам'ятовування геометричних фігур» та ін.. Функції мислення і розумової працездатності – «Класифікація», «Виключення четвертого зайвого», «Прості аналогії», «Складні аналогії» та ін. [3].

Для оцінки психо-емоційного стану використовують такі методики: Госпітальну шкалу тривоги і депресії, Шкалу депресії PHQ-9, Геріатричну шкалу, Опитувальник SF-12.

Госпітальна шкала тривоги і депресії

ПРИНЦИПИ ТА НАПРЯМИ ПОДАЛЬШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ми узагальнили основні напрями психологічної допомоги неврологічними хворим. Отже, крім постійного скринінгу психічного стану та психодіагностичного обстеження, клінічний психолог:

- 1) Разом з іншими членами МДК надає рекомендації щодо застосування психологічних практик: дихальних вправ, вібраційних рухів, нейропсихологічної гімнастики, які допомагають пацієнту відчувати контроль над своїм тілом та сприяють відновленню;
- 2) Допомагає лікуючому лікарю пояснити пацієнту особливості його захворювання, стану та перебігу хвороби, для того, щоб клієнт не панікував, а знав що робити, щоб подолати недуг;
- 3) Сприяє психо-емоційному відновленню пацієнта, поліпшенню його настрою, профілактиці депресивних станів, адже погіршення фізичного дефіциту, когнітивні порушення можуть бути предикаторами післяінсультної депресії та підвищеної тривожності;
- 4) Допомагає здійснювати когнітивні тренування пацієнта. Зокрема, пояснює пацієнту, як застосовувати різні вправи з метою сприяння поліпшенню пам'яті, уваги, мислення.

Важливими елементами психологічного втручання є бесіда з пацієнтом, пошук життєвих цінностей та ресурсів, навчання вправ саморегуляції психоемоційного стану. Часто самі пацієнти пов'язують своє захворювання, депресивні та тривожні стани з стресовими подіями війни. В такому випадку психологу слід особливу увагу приділити травмафокусованому психологічному втручанням.

Важливим напрямком роботи психолога є надання рекомендацій близьким та родичам



пацієнта. Зокрема, останнім слід пам'ятати, що психологічну підтримку після інсульту може надавати не тільки фахівець, а й близькі, родичі, які піклуються і допомагають людині та відчувають в собі сили і бажання допомогти. Що їм важливо з розумінням відноситися до таких змін, як погіршене спілкування, порушення пам'яті та концентрації уваги. Терпіння, постійні спеціальні вправи, допоможуть знову нормально розмовляти та робити щось разом.

Обов'язковим елементом психологічного навчання є надання рекомендацій при виписці. Зокрема, пацієнту рекомендується: давати можливість своєму організму достатньо відпочивати; вчитися контролювати свої емоції; важливо прийняти, зрозуміти і відпустити образи, ненависть, злість; займатися творчістю, улюбленою справою; давати вихід емоціям, а не накопичувати їх; досягати позитивного настрою; ставити собі цілі та старатися досягти їх, відмічаючи свої успіхи, пам'ятати про ризики повторення захворювання!

ВИСНОВОК

Часто в лікувальній практиці і повсякденному житті ми чуємо : «Не можна лікувати тіло, невилікувавши душу». Це твердження на 100% справедливе, коли ми аналізуємо процес лікування неврологічних хвороб та вплив психотерапії на відновлення хворого.

Також, щоб уникнути повторення кризи, виконуйте рекомендації лікарів, приділяйте увагу здоровому харчуванню, фізичній активності, реабілітаційним заходам. Бережіть своє здоров'я !