

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ПОКАЗНИКІВ СОЦІАЛЬНИХ ВТРАТ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Н.О. Дзеружинська, В.О. Ломтева

Мета дослідження: оцінка гендерного аспекту вираженості соціальних втрат у хворих на шизофренію з різною тривалістю захворювання.

Матеріали і методи. Вивчена когорта з 109 хворих, що страждають на параноїдну шизофренію, які перебували на лікуванні в ТМО «Психіатрія» у місті Києві з 2011 по 2015 р. У дослідженні були використані клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний методи. Застосовувалися шкали PANSS, BPRS, SANS, опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих (Гурович І.Я., Шмуклер А.Б., 1998 р.), шкала медикаментозного комплайенсу.

Результати. Характер соціальних втрат, виявлених при проведенні дослідження, вказує на їх більшу вираженість у чоловічого контингенту осіб, що страждають на параноїдну шизофренію.

Висновки. Отримані дані необхідно враховувати при складанні програм реабілітації хворих на шизофренію.

**Ключові слова:** хворі на шизофренію, гендерні відмінності, соціальні втрати, тривалість захворювання.

GENDER DIFFERENCES WERE REVEALED IN THE SOCIAL LOSS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N. Dzeruzhinskaya, V. Lomteva

The aim of the study: there was made valuation of gender aspect of severity social loss of patients with different duration of paranoid schizophrenia.

Materials and methods. There were investigated 109 patients with paranoid schizophrenia who has been treated in TMU "Psychiatry" since 2011 to 2015 years. There were used clinical and psychopathological, clinical and anamnestic, psychodiagnostic and statistic methods. There were used scales: PANSS, BPRS, SANS, questionnaire to assess social functioning and quality of life of the mentally ill (Gurovich I. Ya., Shmukler B. A., 1998), scale of medication compliance.

Results. The nature of social losses which was identified in the study, indicates a greater severity in male individuals suffering from paranoid schizophrenia.

Conclusions. The data were obtained must be considered when developing rehabilitation programs for patients with schizophrenia.

**Key words:** patients with schizophrenia, gender, social loss, duration of disease.

УДК 616.89-141.7+159.97

В.Л. Подлубный

К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ  
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОСТИ  
В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

e-mail: pvl123@mail.ru

**Ключевые слова:**

работники  
промышленности,  
психосоциальная  
дезадаптация,  
реабилитационный  
процесс,  
биопсихосоциальный  
подход, психическое  
здоровье, скрининговое  
обследование,  
функциональный  
диагноз.

Статья посвящена вопросам психосоциальных интервенций для работников, занятых в сфере промышленности. Проведен анализ адаптивных возможностей человека в свете социально-трудовых контекстов. Подчеркнуты вопросы профессионального отбора сотрудников предприятий, в особенности – перспективы их психодиагностики, в том числе с привлечением современных компьютерных технологий. Актуализированы наиболее результативные акценты мультидисциплинарной психореабилитации, психопрофилактики работников промышленности. Сформулированы принципы их осуществления для повышения качества жизни и социального функционирования контингентов в рамках превентивной психиатрической помощи.

Стремительные изменения окружающего мира и условий профессиональной деятельности требуют от человека новых адаптационных механизмов для сохранения эффективного функционирования и качества жизни (КЖ) [1]. Рост психических заболеваний именно в периоды резких изменений социально-политической ситуации указывает на то, что человек не всегда в состоянии самостоятельно справиться с проблемами, возникающими в новых условиях жизни [2]. Нарушения психической адаптации при психотравмирующем воздействии окружающей среды

становятся условиями для возникновения и развития психических расстройств. Донозологические формы нарушений психической адаптации не являются объектом традиционной психиатрической помощи, более того, в поликлинической сети больницы эти состояния, как правило, не получают должного внимания. Создается порочный круг, когда наиболее активная и трудоспособная часть населения, благополучие которой во многом является целью многих социальных и экономических преобразований, в первую очередь и страдает от реализуемых перемен.

В таких условиях особое значение приобретают задачи организации психопрофилактики в профессиональных коллективах, проблемы адекватной диагностики и эффективной коррекции нарушений психической адаптации. К сожалению, реализация задач осложняется исторически сложившимися формами организации оказания помощи населению, которые уже не так эффективны для решения возникающих новых трудностей. Решение предполагает целенаправленные исследования для детального описания, систематизации проявлений нарушений психической адаптации, разработки адекватного диагностического инструментария, обоснования направлений и содержания психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

**Актуальность данной проблемы** обусловлена необходимостью совершенствования системы профессионального отбора, мониторинга состояния здоровья контингента риска в рамках диспансеризации, а также разработкой организационных мероприятий для указанного контингента в связи с задачами психогигиены и психопрофилактики, которые развиваются на междисциплинарной основе в контексте более общей проблемы адаптации человека к сложным условиям жизнедеятельности, особенно если речь идёт о профессиональной деятельности [1, 3].

**Цель исследования** – провести комплексный многоосевой анализ возможностей психосоциальной реабилитации работников промышленной популяции с выявленными психическими нарушениями и на его основе разработать метамоделю психореабилитационной и психопрофилактической помощи.

## Материалы и методы исследования

Наблюдение, клиничко-теоретическое моделирование, психодиагностический, клиничко-психопатологический, математико-статистические.

Исследование построено на основании материалов плановых профилактических психиатрических осмотров более 980 работников промышленной популяции. Исследование осуществлялось на территории Запорожской областной клиничко-психиатрической больницы ЗОС.

В существующей системе психиатрических профилактических осмотров или диспансеризации в ведомственных медицинских учреждениях методы психодиагностики строго регламентированы руководством, нормативными документами и не соответствуют современному состоянию психологической науки. Указанное не позволяет получить целостное представление о личности на основе синергетических биопсихосоциальных позиций. Между тем, именно данный подход способствует решению задач дифференциальной диагностики, экспертизы профессиональной пригодности, обоснования психокоррекционных, психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, в особенности, если использовать современные компьютерные диагностические программы [4].

Основными направлениями исследований в этой области представляются: обоснование профотбора и мониторинг состояния психического здоровья; обеспечение безопасности профессиональной деятельности за счёт учёта личностных возможностей, ресурсов субъекта деятельности во взаимодействии с социально-средовыми

факторами; комплексный анализ факторов риска нарушений психического и физического здоровья; качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) [1, 3]. Указанный подход в специальной литературе обозначается как синергетический, биопсихосоциальный.

Научные исследования последних лет [5] показывают, что длительное воздействие напряжённой профессиональной деятельности оказывает влияние на здоровье субъектов этой деятельности, и, прежде всего, психическое, которое наиболее уязвимо и подвергается испытаниям на прочность в первую очередь. В связи с этим возникает необходимость сопровождения данной категории лиц на протяжении всего периода профессиональной активности, проведения превентивных мер, направленных на сохранение психического и физического здоровья, а при возникновении расстройств – проведение психосоциальной реабилитации.

Теоретико-методологическое обоснование психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, опирающееся на научно обоснованную концептуальную базу, представляется чрезвычайно сложной задачей по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих как психическое состояние, так и основные характеристики СФ в значимых сферах жизнедеятельности.

Меняющийся контекст психического здоровья с выходом за рамки нозоцентрической парадигмы с пересмотром роли пациента в реабилитационном процессе и признанием высокой значимости социальных факторов в формировании, динамике, исходах психических расстройств и КЖ диктует необходимость развития личностно-ориентированного подхода, полипрофессиональных форм помощи и методов психосоциальной реабилитации, основанных на оценке потребностей пациента [6–8].

Недостаточная эффективность традиционных реабилитационных подходов в свете современных требований к повышению качества психиатрической помощи в значительной степени обусловлена отсутствием интегративного подхода, который позволил бы учитывать весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клиничко-биологических детерминант [9–11]. Это делает актуальным разработку концептуальной модели психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, основанную на преодолении односторонних биологических подходов и теорий [7, 12], и рассматриваемую как составляющую часть стратегии развития психиатрии.

Биопсихосоциальная парадигма обусловила необходимость расширения границ реабилитации с усилением внимания к психосоциальным факторам, участвующим в генезе и динамике психических расстройств и социальной дезадаптации [2, 10, 13, 14]. Особенно важен переход от рассмотрения страдающего психическим расстройством пациента как объекта психиатрической помощи к отношению к нему, как к субъекту [8, 11, 15].

В свете современных биопсихореабилитационных подходов опора на активную позицию пациента рассматривается в качестве кардинального условия эффективности адресованных к личности индивида психосоциальных воздействий, как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к психосоциальному реби-

литационному процессу и противостояния негативному влиянию психического расстройства [6, 10, 16].

Биопсихосоциальная природа психических и поведенческих расстройств ведёт к рассмотрению психосоциальной реабилитации как мультидисциплинарной сферы, при участии разных специалистов в области охраны психического здоровья. В таком понимании психосоциальная реабилитация, с учётом роли психосоциальных факторов, должна опираться на знания о патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических расстройств, что обосновывает комплексный подход к диагностике, соответствующей психореабилитационной направленности вмешательств (биопсихосоциальная составляющая психиатрического диагноза) [8, 11, 12].

Следует отметить, что реабилитационная направленность здравоохранения и роль биопсихосоциальных факторов в формировании психических расстройств всегда играли базовую роль, с момента создания первых служб охраны психического здоровья. Выделялись психосоциальные механизмы не только формирования психопатологической симптоматики, но и социальной дезадаптации с определением значимости факторов в генезе и динамике психических расстройств [7, 17].

Констатация невозможности проведения нацеленных психосоциальных вмешательств на основе доминировавшей клинической парадигмы требует разработки и применения нового понятийного аппарата с использованием интегративных показателей, основанных на категориях психического здоровья [8, 10–12]. При этом биологическая составляющая реабилитации (восстановление нарушенной функции) должна сочетаться с повышением уровня адаптивного функционирования и позитивными изменениями субъективных аспектов КЖ, представленными в динамике взаимодействия с окружающей средой. Тем самым происходит преодоление одного из недостатков реабилитационной модели, рассматривающей пациента как статичного субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включающего принцип его собственной активности [2].

Диктуемая необходимость влечет за собой развитие многоосевой диагностики. В контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления нарушений и достижения оптимального уровня СФ позволяет объединить на практике профилактическую и реабилитационную составляющие психосоциальной реабилитации, а также определить ориентиры и задать новый импульс для исследований эффективности разрабатываемых моделей комплексной помощи. Современная психопатология отходит от фазовых моделей развития в сторону процессуальных моделей, синергетического подхода, которые подтверждают динамичность взаимодействия между индивидом и всем многообразием средовых воздействий и социальным окружением. При этом индивид рассматривается как активный участник процесса [11, 18].

В парадигме психического здоровья, детерминирующей холистический подход к личности, одним из наиболее существенных этапов в формировании концептуальной базы психосоциальной реабилитации должен стать интегративный динамический подход. Он заключается в отказе от рассмотрения дефекта психических расстройств и состояний как статических необратимых феноменов и в

осознании необходимости полагаться в реабилитационной деятельности на наличие определенного психосоциального ресурса, соответствующего уровню психического здоровья. Мы обращаемся к сохранным сторонам психики, что связано с пониманием так называемой жизнестойкости («resilience») не только как личностных черт, а как процесса активизации и усиления адаптационных ресурсов [2, 8, 10].

При разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации следует также опираться на достаточно известное положение об отсутствии прямых линейных корреляций между наличием психического расстройства и уровнем психосоциальной дезадаптации со значительной вариабельностью выраженности нарушений СФ. Значительная роль в этом процессе отводится микросоциальным условиям, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дезадаптивных форм личностного реагирования, что имеет принципиальное значение для психиатрии в плане учёта онтогенеза. Таким образом, концептуализация дефекта адаптации, связанного с наличием психического расстройства, как континуума нарушений психического здоровья от грубых дизонтогенетических нарушений до дисфункциональных состояний психосоциальной дезадаптации, характеризующих один из основных механизмов негативного влияния расстройства психики на функционирование индивида в обществе, отвечает стратегическим потребностям в развитии реабилитационных подходов.

Для выявления расстройств психической адаптации необходим анализ сложных по своей сути соотношений и взаимодействия биологических, психологических и социальных (личностно-средовых) компонентов биопсихосоциальной основы нарушений психического здоровья. Изменения любого из компонентов этой системы влекут за собой изменения и других составляющих, а также компенсаторных личностных механизмов. Нарушения устойчивости адаптационных механизмов, как правило, связаны с патогенными изменениями всей адаптивной системы, возникающими под влиянием пролонгированных биопсихосоциальных факторов. Характер таких факторов, их личностную значимость и роль в формировании психических расстройств необходимо выявлять и квалифицировать на многомерной основе, включая многоосевую психодиагностику. Это особенно важно, если речь идёт о разработках психопрофилактических и психогигиенических мероприятий [5].

Согласно принятой ВОЗ [19] классификации здоровья, при всех группах психических расстройств может быть применена характерная триада: повреждение («impairment»), ограничение функции («disability») и обусловленное ими нарушение социального функционирования («handicap»), из которой вытекают целенаправленные реабилитационные мероприятия, фокусируемые на (потенциальных) последствиях психического расстройства и направленные на их преодоление и реадaptацию [18]. Как следствие такого подхода с позиций психического здоровья социальная адаптация может быть представлена и измерена как уровень КЖ и СФ психически больного в различных значимых социальных сферах [4, 11].

Все сказанное позволяет считать теоретической основой первичной психопрофилактики и психосоциальной

реабилитации синергетический биопсихосоциальный подход, а концепцию адаптации – методологией комплексных исследований [4, 5, 8, 11].

На основе синергетического биопсихосоциального подхода с использованием могоосевой диагностики психического здоровья нами было обследовано 982 работника промышленных предприятий в возрасте от 18 до 60 лет, из них 656 (65,80%) мужчин и 326 (34,20%) женщин, средний возраст составил  $34,30 \pm 4,81$  года, что позволило разработать реабилитационные концепции психопрофилактической помощи.

Интегративная оценка взаимодействующих биопсихосоциальных факторов послужила основой для создания алгоритма интегративной модели психического здоровья и адаптации, на базе которой должно проводиться построение индивидуальной программы реабилитационных вмешательств, где классическая модель функционального диагноза дополнена определением направленности реабилитационного процесса. Это переводит задачи диагностического процесса в задачу процесса прогностического.

В контексте исследования функциональный диагноз предполагает комплексную оценку интегративных параметров в клиничко-биологическом, индивидуально-психологическом, профессиональном и социально-психологическом аспектах. При этом построение и реализация реабилитационного вмешательства предваряет анализ ситуации, в которой планируется его осуществление. Это позволяет выявить наиболее доступные звенья патогенетического процесса и реабилитационные ресурсы.

Интегративная оценка психосоциальной адаптации позволяет оценить адаптивный статус каждого респондента и определить индивидуальный план реабилитационных вмешательств. По результатам проведенной интегративной оценки психосоциальной адаптации были определены 3 группы работников промышленных популяций по степени адаптированности. Как самые адаптированные нами рассматривались респонденты с положительной оценкой большинства признаков: клинический, индивидуально-психологический, социально-психологический статус, профессиональный статус, КЖ и СФ; дезадаптированные лица имели отрицательные показатели по большинству этих признаков; адаптация оценивалась как нестабильная при наличии 1–2 признаков.

Работники промышленных популяций с различным уровнем психосоциальной адаптации, определенные с помощью интегративной оценки, требуют различных реабилитационных подходов. Так, респондентам, чье состояние оценено как – без психических расстройств (первый уровень), предлагаются информационные и психокоррекционные программы, обучающие семинары. Данные мероприятия направлены на предупреждение рисков психического неблагополучия и психоэмоциональных изменений в виде немотивированной тревоги, перепадов настроения, невозможности контролировать свои эмоции в сложных ситуациях. Для профилактики эмоциональных трудностей важно осознанное планирование своей деятельности, психообразование. При дезадаптации (второй уровень) дополнительно предлагается участие в специальном тренинге с целью формирования практических навыков саморегуляции и релаксации. Большое внимание

должно уделяться созданию позитивной оценки своей деятельности, результатам, формированию адекватной самооценки. При непсихотических психических расстройствах (третий уровень) необходимым условием является фармакологическая коррекция.

Интегративная оценка психического здоровья и уровня психосоциальной адаптации, клинического исследования и анализа параметров функционального диагноза (биологического, психологического, социального), оказывающих воздействие на психическое здоровье, послужили обоснованием для разработки модульной системы реабилитационных вмешательств, обеспечивающих дифференцированную профилактическую, психокоррекционную, психотерапевтическую помощь работникам промышленных популяций.

## Выводы

1. Структура и содержание модульной модели психосоциальной реабилитации работников промышленности представлена тремя этапами: диагностическим, реабилитационным и этапом мониторинга. Объектом исследования на этапе диагностики являются тенденции, риски и ресурсы динамического развития статуса психического здоровья индивида в динамике ситуации его жизнедеятельности. Предметом исследования на диагностическом этапе являются характеристики адаптивного потенциала и характеристики микросоциальной (семья и производство) окружающей среды работника, задающие тренды развития его психического статуса. Приоритет в модульной системе отдается подходам методологического уровня, позволяющим соотнести частные методики, обеспечивающие многоуровневую и многоплановую оценку жизненной ситуации, определяющим тенденции динамики статуса его психического здоровья.

2. Результатом диагностического этапа является многоосевой функциональный диагноз, позволяющий определить развернутый профиль психического состояния, индивидуальных и микросоциальных рисков и ресурсов, определить специфичные ресурсы, а также временное взаимодействие психиатра с представителями общемедицинской и социальной сети (цеховой врач, семейный врач, психолог, социальный работник, профпатолог). В качестве предмета следующего этапа – собственно реабилитации – мы рассматриваем взаимодействие индивида с окружающей средой.

3. Реабилитация осуществляется при комплексном взаимодействии специалистов и взаимодействии психиатра с представителями общемедицинской и социальной сети (преимущественно – превенция, психокоррекция, психообразование и психотерапия). В качестве результата рассматриваем коррекцию нарушений во взаимодействии индивида с окружающей средой, повышение адаптации. Важной является ориентация на отдаленный результат, в качестве которого рассматривается перенос всеми участниками процесса эталонного опыта эффективного взаимодействия с окружающей средой в планы жизнедеятельности на новых этапах развития.

4. Критерием оценки эффективности является динамика интегративных (субъективных и объективных) характеристик степени адаптации индивида в ситуации его жизнедеятельности. Полученный результат второго этапа

становится предметом третьего этапа – мониторинга (этап катамнестической оценки). В качестве инструментария в модульной модели используется оценка КЖ.

С позиции сохранения психического здоровья психиатр осуществляет координирующую функцию, разрабатывая научно обоснованные программы медико-психологического сопровождения и внедряя их, в том числе, с использованием метода дистанционного консультирования. Важным является сотрудничество с различными лечебными учреждениями (профильные поликлиники, диспансеры, медицинские центры), осуществляющими профессиональный отбор, диспансерное наблюдение работников.

5. В организации реабилитационных вмешательств мы придерживались следующих принципов: профилактическая (превентивная) направленность; комплексная оценка интегративных параметров адаптации; учёт онтогенетического аспекта; учёт специфики окружающей среды; межведомственность; использование инновационных стратегий с учётом социального контекста и пространственно-временных границ ситуации вмешательства (дистанционное консультирование).

6. Предложенный нами синергетический биопсихосоциальный подход к определению психического здоровья у работников промышленных популяций и уровня их психосоциальной адаптации, включающий параметры многоосевого функционального диагноза, позволяет дать наиболее полную оценку психического состояния, спланировать индивидуальную программу психопрофилактических и реабилитационных вмешательств, осуществить прогнозирование развития этих состояний, и является актуальным для решения как прикладных, так и научно-исследовательских задач по оптимизации труда и охране психического здоровья представителей промышленных популяций.

Полученные результаты могут быть использованы для обоснования методики скрининговых обследований при диспансеризации, а также для выявления групп динамического наблюдения в организации психопрофилактических мероприятий, в т.ч. в рамках крупных промышленных предприятий.

## Список использованной литературы

1. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов [и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – Т. 21, № 1. – С. 3–11.

2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
3. Александровский Ю. А. Краткий психиатрический словарь. 2-е изд., перер. и доп. / Ю. А. Александровский. – М.: ООО «РЛС-2009», 2008. – 128 с.
4. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 270 с.
5. Вассерман Л. И. О системном подходе к оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16–25.
6. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 494 с.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – С. 15–19.
8. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб., 1998. – 256 с.
9. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире / М. М. Кабанов // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 4. – С. 175–182.
10. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
11. Корень Е. В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях / Е. В. Корень // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 5–15.
12. Коцюбинский А. П. Непсихотические расстройства в контексте биопсихосоциальной концепции психических заболеваний / А. П. Коцюбинский // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 3–7.
13. Медведев В. И. Адаптация человека / В. И. Медведев. – СПб.: Ин-т мозга человека РАН, 2003. – 584 с.
14. Незнанов Н. Г. Значение школы В. М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко, А. П. Коцюбинский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1 (76). – С. 77–81.
15. Незнанов Н. Г. Школа В. М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко, А. П. Коцюбинский. – СПб.: ВВМ, 2007. – 248 с.
16. Реммидт Х. Детская и подростковая психиатрия; пер. с нем. / Х. Реммидт. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
17. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельда. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 356 с.
18. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митхин, Т. А. Олохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.
19. Botbol M. Person-centered child and adolescent psychiatric care / M. Botbol // International Journal of Integrated Care, 29 January 2010. Section on Person-Centered Clinical Care <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/498/994>
20. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) // Pocket-sized book. – World Health Organization, 2001. – 229 p.
21. Millstein S. G. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives / S. G. Millstein, A. C. Petersen, E. O. Nightingale // Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. – N.Y.: Oxford University Press, 1993. – P. 3–10.
22. Remschmidt H. Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives / H. Remschmidt, H. van Engeland (Eds.). – New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer, 1999. – 409 p.

## ДО РОЗРОБКИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРОМИСЛОВИХ ПОПУЛЯЦІЙ В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В.Л. Підлубний

Статтю присвячено питанням психосоціальних інтервенцій для працівників, зайнятих у сфері промисловості. Проведено аналіз адаптивних можливостей людини у світлі соціально-трудова контекстів. Підкреслені питання професійного відбору співробітників підприємств, особливо перспективи їх психодіагностики, в тому числі із залученням сучасних комп'ютерних технологій. Актуалізовані найрезультативніші акценти мультидисциплінарної психореабілітації, психопрофілактики працівників промисловості. Сформульовано принципи їх здійснення для підвищення якості життя та соціального функціонування контингентів у межах превентивної психіатричної допомоги.

**Ключові слова:** працівники промисловості, психосоціальна дезадаптація, реабілітаційний процес, біопсихосоціальний підхід, психічне здоров'я, скринінгове обстеження, функціональний діагноз.

## BY DEVELOPING CONCEPTUAL MODELS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION INDUSTRIAL POPULATION IN THE PROFESSIONAL ACTIVITIES

V. Podlubnyi

Article is devoted to the psychosocial interventions for workers employed in the industry. The analysis of adaptive capacities of man in the light of social and labor contexts. Emphasized issues of professional selection of employees. In particular – the prospects for their psycho-diagnostics, including using modern computer technology. Actualized most productive multidisciplinary emphasis psychorehabilitation, psychoprophylactic industrial workers. The principles of their implementation to improve the quality of life and social functioning contingents in preventive mental health care.

The main provisions concerning the assessment of systemic approach of mental health workers in industry. An analysis of the evolution of scientific views on the issue of mental adaptation of the individual in the social and labor context. Disclosed base to create polyvector model of formation of mental disorders in the population of industrial workers, which includes a set of clinical and psychological symptoms, risk factors and quality of life.

**Key words:** industrial workers, psychosocial maladjustment, rehabilitation process, biopsychosocial approach, mental health screening, functional diagnosis.