

Другу групу склали 28 пацієнтів. Ініціальний етап у них мав меншу, порівняно з першою групою, тривалість (від одного до 6 місяців). Симптоми характеризувались більшою аутохтонністю. Окрім симптомів астенічного кола відмічались коливання афекту, більш стійкі і часті висловлювання ідей особливого відношення, надцінні іпохондричні та дисморфобічні ідеї. Ретроспективно і за даними мікрооточення було встановлено, що пацієнти саме даної групи відрізнялись відсутністю критики до хворобливих переживань. На відміну від пацієнтів першої групи, у цих хворих був відсутній конструктивний діалог з оточуючими і хоча б намагання пошуку допомоги у близьких і медперсоналу. На наявність психогенного фактора, як причини «дискомфортних» переживань, вказували лише 22% пацієнтів даної групи.

Третя група пацієнтів характеризувалась фактичною відсутністю ініціального періоду психозу. Захворювання виникало несподівано, на фоні повного здоров'я, психогенні фактори навіть не розглядались як імовірні причини появи захворювання. В окремих випадках госпіталізація могла відбуватись протягом від кількох годин до 2 – 3 діб після появи симптоматики. Однак ці клінічні

прояви ми розцінювали вже не як явища домінуючого періоду, а як власне маніфестацію психозу.

Окремо можна виділити групу з 4 пацієнтів, в яких стерті латентні прояви відносились до підліткового або юнацького віку. Латентна симптоматика проявлялась фобічними розладами, проблемами з пам'яттю і здібністю до загального засвоєння інформації, періодами аутизації. Невиразні за силою, але тривалі за часом – ці порушення призводили до формування особистості консервативної, монотонної, яка живе за власними «пристосувальними» правилами і законами. У всіх випадках відмічались відсутність будь-яких ознак вікової динаміки, втрата тонких чуттєвих переживань, нівелювання особистісних властивостей, стереотипізація життєвого устрою, обмеженість соціальної перспективи. Пацієнти даної групи нагадували емоційно збіднілих процесуальних особистостей.

Висновки. Отримані дані про особливості клінічних проявів захворювання на його домінуючому етапі дозволять своєчасно і точно кваліфікувати ознаки психозу. Це, в свою чергу, сприятиме максимально раннім медико-реабілітаційним заходам, що приведе до зменшення розмаху та частоти нападів і максимальної соціальної та індивідуально-психологічної збереженості особистості.

А.А. Педак

ЭЛЕМЕНТЫ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ – «ОТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ – К СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Николаевская областная психиатрическая больница № 2, г. Николаев
norb-2@ukr.net

Вступление. На 65 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (2012) была рассмотрена резолюция относительно «Глобального бремени психических расстройств и необходимости в комплексных, координированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страховом уровне», в которой призвала ВОЗ разработать всеобъемлющий план действий по охране психического здоровья.

Цель работы. В соответствии со стратегическим планом ВОЗ относительно совершенствования системы здравоохранения – вычленить ключевые принципы организации и развития системы охраны психического здоровья – на основе поставленной задачи. К сфере государственных приоритетов отнести:

Научные исследования в области охраны психического здоровья, и, в первую очередь, практически ориентированные научные разработки, непосредственно касающиеся усовершенствования служб и их практическое внедрение.

Развитие сети служб охраны психического здоровья и социальных служб по месту жительства, интеграция лечения и ухода за психическим здоровьем в больницы общего профиля и первичное звено здравоохранения.

3. Систему непрерывного сопровождения и ухода за пациентами на всех уровнях оказания помощи; позитивное сотрудничество между уровнями, развитие и

поддержка «системы самообслуживания (включая электронные и мобильные технологии здравоохранения).

3. Реорганизацию психиатрической помощи и служб относительно переноса основного акцента с долгосрочного пребывания в психиатрических учреждениях на взаимосвязанную сеть служб охраны психического здоровья по месту жительства, включая уход и поддержку на дому, стационарный и амбулаторный уход в больницах общего профиля, учреждениях дневного пребывания и первичного здравоохранения.

4. Интегрированный и скоординированный уход, поддержку и реабилитацию людей с расстройствами психического здоровья всех возрастов во всех звеньях общественного здравоохранения и социальных службах (включая доступ к трудоустройству, жилью, возможностям образования и вовлеченность в социальную активность по месту проживания), при активном вовлечении и поддержке собственных инициатив как самих пациентов, так и обслуживающего их персонала.

5. Разработка и внедрение планов «действий-готовности» охраны психического здоровья в случаях чрезвычайных ситуаций. Обеспечение доступности населения, имеющего социальные проблемы, расстройства психического здоровья (как уже существующие, так и приобретенные в результате чрезвычайных ситуаций) к службам спасения и вспомогательным службам, как во

время чрезвычайных ситуаций, так и после них. Полное обеспечение потребности в психологической поддержке.

6. Кадровое развитие – наращивание и поддержание кадровых ресурсов для обеспечения служб охраны психического здоровья и социальной защиты, особенно во внестационарных условиях.

7. На основах «доказательной медицины», используя доступные возможности, включая руководство по мерам оказания помощи «mhGAP» и перечень обучающих материалов ВОЗ, повысить уровень охвата пациентов специализированной психиатрической помощью на догоспитальном этапе – в неспециализированных учреждениях здравоохранения.

Выводы. Реализация поставленной задачи создания высококачественной службы охраны психического здоровья на основе доказательной практики, соблюдения принципов прав человека, уважения автономии индивида и защиты человеческого достоинства на основе целевых показателей позволит снизить количество пациентов с «тяжелыми психическими расстройствами» и сократить общее количество коек, используемых для долгосрочного пребывания в психиатрических учреждениях системы здравоохранения и социального обеспечения, с одновременным увеличением соответствующих доступных мест по уходу и поддержке «на дому» и в других «специальных учреждениях» по месту жительства.

А.М. Кушнір

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ЗА ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня
з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ
upbsn@optima.com.ua

Вступ. Стандарти сучасного лікування хворих на шизофренію передбачають поєднання психофармакотерапії та психосоціальної реабілітації. Проте проблема пошуку оптимальних і ефективних стратегій реабілітації та ресоціалізації таких пацієнтів залишається ще далекою від вирішення і є доволі актуальною. Щонайбільше це стосується хворих на шизофренію, які становлять особливу суспільну небезпеку (СН), що залежить від проявів їх протиправної поведінки відповідно до психопатологічного механізму реалізації (МР) суспільно небезпечного діяння (СНД). У пацієнтів з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД вона поєднана зі схильністю до здебільшого однократних, але особливо тяжких деліктів.

Вирішення проблеми зниження СН зазначеного контингенту хворих обумовлює необхідність забезпечення комплексного поетапного динамічного лікувально-реабілітаційного процесу, орієнтованого на формування рівноваги між їх психічним станом, особистісним, соціальним статусом і функціонуванням та адаптаційно-компенсаторним потенціалом таких осіб та їхнього оточення.

Мета роботи. Оцінити складові реабілітаційного потенціалу та рівень функціональної недостатності хворих на шизофренію, які скоїли СНД за продуктивно-психотичним механізмом, як потенційні напрямки їх реабілітації та ресоціалізації.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2011–2015 років на базі психіатричної лікарні з суворим наглядом проведено дослідження популяції хворих на параноїдну шизофренію, які вчинили СНД (проти життя та здоров'я особи) за продуктивно-психотичним механізмом (251 чоловік, середнім віком $38,96 \pm 0,72$ років, з переважно безперервним типом перебігу).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (включно психометричний [за шкалою PANSS], визначення контекстуальних чинників, типу пристосувальної поведінки), психодіагностичний (опитувальники

Р. Плутчика – Х. Келлермана, міжособистісних відношень Шутца (ОМО)), методики для психологічної діагностики копінг-механізмів (тест Е. Нейм), визначення здатності до психосоціальної адаптації (EAPS), діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд, модель оцінки соціального функціонування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами), соціально-демографічний (мікро-, макросоціальні відносини), математичної статистики.

Результати. Соціально-психологічні ресурси (реабілітаційний потенціал) обстежених оцінювали за показниками психічної (механізми психологічного захисту [МПЗ], стратегії копінг-поведінки [КП]), психосоціальної (рейтинг специфічних сфер життєдіяльності), соціально-психологічної адаптації, а також за типом пристосувальної поведінки.

Серед МПЗ обстежених домінували раціоналізація (33,86% випадків) та проєкція (25,50% хворих), що були спрямовані на створення відповідної паралогічної поняттєвої системи щодо маячних та галюцинаторних переживань задля внутрішньої адаптації, подолання психотичної симптоматики.

Значна частка досліджуваних (47,81%) використовувала неадаптивні копінг-стратегії (КС) «запобігання специфічних проблем», що обумовлені психопатологічною симптоматикою («покор», «придушення емоцій», «відступ»). Пацієнти з КП, що «орієнтована на вирішення проблем» склали лише 1/5 від усіх обстежених. Її збереження в структурі особистості вказувало на можливість підтримання або прищеплення таких адаптивних КС як «проблемний аналіз», «оптимізм», «співробітництво» та нівелювання неадаптивних.

Більш ніж половина обстежених мала дезадаптивні форми соціального функціонування (СФ), що обмежували їх здатність до ведення незалежного, самостійного способу життя. Так, встановлена серйозна дисфункція за