

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. Плутчіка – 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

показниками загального функціонування з обмеженням життєдіяльності на рівні 51–75% (відповідно II / I групи інвалідності).

Найураженішою виявилася сфера соціальних стосунків, при меншому значенні сімейно-побутової та працездатності. Зміни особистості і поведінки хворих внаслідок перебігу шизофренії перешкоджали формуванню соціальних зв'язків та призводили до звуження кола спілкування, що додатково обумовлювало їх соціальну дезадаптацію. Втрата соціальних контактів, зниження соціальної активності формували «неконтрольовану» сферу СФ стосовно «інформованості та інтересів» (при відносно збереженому СФ у сфері сімейно-побутових стосунків і працездатності). Однак, складність вирішення проблем у сімейно-побутовій сфері викликала дисфункцію виконання хворими соціальних ролей з формуванням хибного кола.

Інтегральний показник «Адаптивність» досліджуваних пов'язаний з параметрами прагнення домінування ($p < 0,001$), самоприйняття ($p < 0,001$), внутрішнім контролем ($p < 0,001$), емоційним комфортом ($p < 0,05$). Пристосувальна поведінка переважно виявилася дезадаптивною (68,53% випадків).

Ресурси соціальної підтримки у 77,29% обстежених характеризувалися наявністю проблем (контекстуальні чинники), що пов'язані з первинною підтримкою оточення, в тому числі родини (Z63), з домашніми і економічними обставинами (Z59), а також з обмеженими або низькими ресурсами сімейної підтримки (41,83%, 34,26% випадків відповідно) та підтримки в інших значущих сферах (46,61%, 39,44% випадків відповідно). Ці дані збігаються з відомостями стосовно СФ обстежених та вірогідно пов'язані з ним.

Переважає більшість таких осіб мала помірний (43,43 %, 29,88 %, 70,52 % випадків) та виразний (27,89 %, 38,65 %, 19,12 % випадків) рівень функціонального де-

фіциту (РД) у когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах відповідно. Значний РД спостерігали у 10,76 % пацієнтів в когнітивній та у 19,52 % в емоційно-мотиваційній сферах. Функціональна недостатність у когнітивній сфері була достовірно пов'язана з порушеннями мислення і уваги, а в емоційно-мотиваційній – з явищами соціальної відгородженості (пасивно-апатична соціальна позиція), що викликана емоційною відчуженістю, сплосченням афекту. Дисфункція у комунікативній сфері характеризувалася активним відходом від соціальних контактів, недоступністю із зануренням у внутрішні і аутистичні переживання, що супроводжувалися спалахами імпульсивних емоцій, дій та у сукупності формували тотальний комунікативний дефіцит.

Висновки. 1. Реабілітаційний потенціал хворих на шизофренію, які вчинили особливо небезпечні СНД за продуктивно-психотичним механізмом, суттєво обмежується дисфункцією у сфері соціальних стосунків внаслідок процесуального захворювання, що обумовлює специфіку функціональної недостатності у когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах.

2. За рівнями соціальної активності і функціонування, здатності до психосоціальної адаптації та переважаючим типом пристосувальної поведінки такі пацієнти мають низькі ресурси психосоціальної адаптації, що обумовлює необхідність створення особливих умов і відповідного терапевтичного (за оптимального антипсихотичного лікування) середовища, спрямованих на відновлення їх соціальних функцій.

3. При розробці лікувально-реабілітаційних програм, диференційованих відповідно до даного психопатологічного механізму СНД, слід враховувати маркери-мішені щодо соціального функціонування, зокрема у сфері соціальних стосунків, а також знаходити компроміс між рівнем суспільної безпеки таких осіб і зниженням їх спроможності до самостійного соціального функціонування.

Б.В. Михайлов¹, О.М. Зінченко², І.М. Сарвір¹, О.І. Кудінова¹, І.Д. Вашкіте¹, Т.А. Алієва¹
ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ АТО

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

²Міністерство охорони здоров'я України
 psychotherapy@med.edu.ua

В Україні формується організаційна система для медико-психологічного супроводу учасників АТО, основним принципом якої є чітке розмежування контингентів.

Перша група – особи, у яких бойовий стрес не призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Друга група – особи, у яких бойовий стрес призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Третя група – особи, які продовжують службу в Збройних Силах України, Нацгвардії України та інших військових формуваннях.

Психологічну реабілітацію особам з першої групи здійснюють підрозділи соціального захисту обласних, міських, районних держадміністрацій.

Особам другої групи відновлювальне лікування і медико-психологічна реабілітація проводиться в закладах охорони здоров'я і, за показаннями, в санаторно-курортних закладах.

Психологічну і медико-психологічну реабілітацію особам третьої групи здійснюють відповідні відомчі медичні і психологічні служби.

Етапи надання медико-психологічної допомоги учасникам АТО:

- лікарі першого контакту (первинний рівень медичної допомоги);
- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в районах міста та області / кабінети психотерапії (вторинний рівень медичної допомоги);