

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

ПІДРУЧНИК ДЛЯ ЛІКАРІВ



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Дніпровський державний медичний університет
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України»

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Підручник для лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів
дитячих, лікарів-наркологів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-
реабілітологів, медичних психологів та лікарів загальної
практики — сімейної медицини

*за загальною редакцією професора
Л. М. Юрєвої, професора Н. О. Марути*

Харків
Видавець Строков Д. В.
2022

УДК 616.89:613.86 (075.8)
О 92

Затверджено та рекомендовано до друку вченою радою
Дніпровського державного медичного університету
(протокол № 3 від 28.10.2021 р.)

Затверджено та рекомендовано до друку вченою радою
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(протокол № 1 від 20.01.2022 р.)

Рецензенти:

Лехан В. М. — доктор медичних наук, професор, професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський державний медичний університет

Чабан О. С. — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Чугунов В. В. — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет

Охорона психічного здоров'я [Електронний ресурс] : підручник
О 92 для лікарів / [колектив авторів] ; за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. — Харків : Строков Д. В., 2022. — Назва з екрана.

ISBN 978-966-2571-19-6

Підручник «Охорона психічного здоров'я» створений для лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-наркологів, медичних психологів, лікарів-психотерапевтів, ерготерапевтів та лікарів загальної практики — сімейної медицини і відповідає навчальній програмі циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я». У підручнику висвітлені загальні питання та прикладні аспекти у сфері охорони психічного здоров'я. Метою створення підручника є розширення обізнаності фахівців сфери охорони психічного здоров'я щодо питань діагностики, терапії, превенції, соціальних та правових аспектів надання допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими розладами та їх родичам.

УДК 616.89:613.86 (075.8)

ISBN 978-966-2571-19-6

© Л. М. Юр'єва, Н. О. Марута,
загальна редакція, 2022

Авторський колектив:

Марута Н. О. — д-р мед. наук, професор, заступник директора з наукової роботи, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», керівник відділу пограничної психіатрії

Юр'єва Л. М. — д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Кожина Г. М. — д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, Харківський національний медичний університет

Пилягіна Г. Я. — д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії і медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика

Пустовойт М. М. — д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет

Пшук Н. Г. — д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри медичної психології та психіатрії, Вінницький національний медичний університет

Мельник Е. В. — д-р мед. наук, професор кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет

Огоренко В. В. — д-р мед. наук, професор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Опря Є. В. — д-р мед. наук, професор кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет

Денисенко М. М. — д-р мед. наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Камінська А. О. — д-р мед. наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії, Вінницький національний медичний університет

Колядко С. П. — д-р мед. наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Друзь О. В. — д-р мед. наук, полковник медичної служби, головний психіатр Міністерства оборони України

Маркова М. В. — д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти

Абдяхімова Ц. Б. — д-р мед. наук, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Яворська Т. П. — д-р мед. наук, доцент, медичний директор КНП ХОР «Харківська обласна клінічна лікарня»

Мухаровська І. Р. — д-р мед. наук, доцент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Шустерман Т. Й. — канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Алієва Т. А. — канд. психол. наук, доцент кафедри психотерапії, Харківська медична академія післядипломної освіти

Зеленська К. О. — канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, Харківський національний медичний університет

Панько Т. В. — канд. мед. наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Каленська Г. Ю. — канд. психол. наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ніколенко А. Є. — канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Носов С. Г. — канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Семікіна О. Є. — канд. мед. наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Стукан Л. В. — канд. мед. наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії, Вінницький національний медичний університет

Федченко В. Ю. — канд. мед. наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Явдак І. О. — канд. мед. наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Заворотний В. І. — канд. мед. наук, полковник медичної служби у відставці, Військово-медичний клінічний центр Північного регіону

Черненко І. О. — канд. мед. наук, майор медичної служби, клініка психіатрії Національного Військово-медичного клінічного центру МО України

Мамчур О. Й. — канд. мед. наук, асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Кокашинський В. О. — асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

Череднякова О. С. — молодший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Шорніков А. В. — асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	10
Вступ.....	12

Частина I.

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Розділ 1. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я. ПСИХІЧНА НОРМА І ПАТОЛОГІЯ (Л. М. Юр'єва)	13
---	-----------

Розділ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман)	18
---	-----------

2.1. сучасні методи та принципи оцінки психічного здоров'я населення.....	18
2.2. технології та процедури оцінки психічного здоров'я під час надання медичної допомоги	23
2.2.1 Технологічні аспекти первинного психіатричного консультування....	23
2.2.2 Змістовні аспекти первинного психіатричного консультування.....	29
2.2.3 Скринінгова та психометрична оцінка психічного здоров'я під час надання медичної допомоги.....	31

Розділ 3. СОЦІАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ (А. В. Шорніков)	36
--	-----------

Розділ 4. ВПЛИВ ІСТОРИЧНИХ ТА СОЦІОКУЛЬТУРАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я (Л. М. Юр'єва).....	46
---	-----------

4.1. вплив історичної ситуації на психічне здоров'я.....	47
4.2. психосоціальні стреси та розлади психічного здоров'я.....	49
4.3. вплив соціокультуральних факторів на клінічні прояви психічних та поведінкових розладів.....	50
4.4. соціокультуральний патоморфоз невротичних розладів.....	51
4.5. соціокультуральні дослідження депресивних розладів і суїцидальної поведінки.....	54
4.6. соціокультуральні аспекти адиктивної поведінки.....	56
4.7. релігійна ідеологія та психічне здоров'я.....	57
4.8. вплив сім'ї та виховання на психічне здоров'я	58

Частина II.

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Розділ 1. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ ІЗ КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ СТАНАМИ (Н. О. Марута, Є. В. Опря, М. М. Пустовойт, Е. В. Мельник)	61
1.1. поширеність соматичних хвороб, коморбідних з шизофренією	61
1.2. вплив коморбідної соматичної патології на клінічні прояви шизофренії та на ефективність лікування хворих з цією психопатологією	61

1.3. ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ КОМОРБІДНОСТІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ШИЗОФРЕНІЇ	62
1.4. ПРОВІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМОРБІДНОСТІ ШИЗОФРЕНІЇ ТА СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	63
1.5. ФАКТОРИ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ПАТОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ШИЗОФРЕНІЇ З КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	64
1.6. ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА КОМОРБІДНА СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ	64
1.7. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПСИХОПАТОЛОГІЇ РІЗНИХ СФЕР ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ШИЗОФРЕНІЇ.....	65
1.8. КРИТЕРІЇ РИЗИКУ ПОЄДНАННЯ ШИЗОФРЕНІЇ З КОНКРЕТНИМИ ВАРІАНТАМИ СОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ.....	67
1.9. КАТЕГОРІЇ САМООЦІНКИ, УСВІДОМЛЕННЯ, СПРИЙНЯТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ І ПАТОГЕНЕЗ ПСИХІАТРИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ.....	69
1.10. СТАВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ДО СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ.....	70
1.11. СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	72
Розділ 2. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я РОДИЧІВ ХВОРИХ ІЗ ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	77
2.1. ПСИХІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У РОДИЧІВ ХВОРИХ ІЗ ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман).....	77
2.2. ПСИХОКОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ ІЗ ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман)	79
2.3. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї, ДЕ ПРОЖИВАЮТЬ ПАЦІЄНТИ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ (Н. Г. Пшук, А. О. Камінська, Л. В. Стукан)	85
2.3.1. Дескриптори деформації сімейного адаптаційного потенціалу у референтних родичів хворих з ендегенними психічними розладами.....	85
2.3.2. Медико-психологічний супровід сім'ї, де проживають пацієнти з ендегенними психічними розладами.....	87
Розділ 3. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЮ (О. Й. Мамчур).....	110
3.1. ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	110
3.2. БІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	115
3.3. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ПІСЛЯПОЛОГОВУ ДЕПРЕСІЮ	119
3.4. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ДЕПРЕСІЮ.....	120
3.5. КОНВЕРГЕНТНИЙ ПІДХІД ЩОДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	123
3.6. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЮ ТА СУПУТНІ СОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ.....	124
Розділ 4. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ АДИКТИВНИХ РОЗЛАДАХ (Л. М. Юр'єва, А. В. Шорніков)	128
4.1. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ХІМІЧНИХ АДИКЦІЯХ.....	128
4.2. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ НЕХІМІЧНИХ АДИКЦІЯХ.....	133
4.2.1. Фактори ризику розвитку кіберзалежності.....	135

4.2.2. Профілактика кіберзалежності	136
4.2.3. Принципи терапії і корекції кіберзалежності.....	142
4.2.4. Правове регулювання інформаційної безпеки.....	144

Розділ 5. ЗАХОДИ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ОРГАНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	147
5.1. ОРГАНІЧНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ: ВИЗНАЧЕННЯ, ПОШИРЕНІСТЬ, ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ, КЛАСИФІКАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ (С. Г. Носов).....	147
5.2. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ОРГАНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ (С. Г. Носов).....	154
5.3. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ХОЛІСТИЧНА ЗДОРОВ'Я-ЦЕНТРОВАНА МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ (М. В. Маркова, Т. П. Яворська, Ц. Б. Абдрахімова, І. Р. Мухаровська, Т. А. Алієва).....	162
5.4. ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ ВНАСЛІДОК ОРГАНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ (С. Г. Носов)	183
Розділ 6. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (Л. М. Юр'єва, В. О. Кокашинський).....	187
6.1. АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	187
6.2. СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	192
6.3. ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	195
6.4. ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	195
6.5. МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	196
6.6. КОНЦЕПЦІЇ ПРЕВЕНЦІЇ ОЖИРІННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ.....	198
6.7. ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ХАРЧОВУ ПОВЕДІНКУ ПРИ ОЖИРІННІ	199
РОЗДІЛ 7. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 (Л. М. Юр'єва).....	201
7.1. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ПАНДЕМІЙ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я.....	201
7.2. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ ЗМІЦНЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ПАНДЕМІЙ	205
7.3. УПРАВЛІННЯ ПСИХОЛОГІЧНИМИ КРИЗАМИ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19	208
Розділ 8. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (О. В. Друзь, І. О. Черненко, В. І. Заворотний).....	211
8.1. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ БОЙОВИХ СТРЕСІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КОМБАТАНТІВ.....	211
8.2. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	214
8.3. ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ	215
8.4. КОМОРБІДНІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ СТАНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	215
8.5. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ.....	216

8.5.1. Психофармакологічний аспект лікування хворих на посттравматичний стресовий розлад.....	217
8.5.2. Психотерапевтичний аспект лікування хворих на посттравматичний стресовий розлад	217
8.6. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ.....	220
8.6.1. Превентивні заходи.....	221
8.6.2. Профілактика посттравматичного стресового розладу у військово-службовців	223
8.6.3. Лікувально-реабілітаційні заходи при посттравматичному стресовому розладі.....	225
Розділ 9. КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНІВ АТО/ООС (Г. М. Кожина, К. О. Зеленська)	227
Розділ 10. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ (Н. О. Марута, Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, С. П. Колядко, В. Ю. Федченко, І. О. Явдак, М. М. Денисенко, Г. Ю. Каленська, О. С. Череднякова)	236
10.1. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	239
10.2. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	241
10.2.1. Терапія пацієнтів з психопатологічними порушеннями органічного генезу.....	243
10.2.2. Лікування пацієнтів з афективними розладами ендogenous генезу	245
10.2.3. Лікування пацієнтів з невротичними та пов'язаними зі стресом розладами.....	248
10.3. ПСИХООСВІТНЯ ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	251
10.4. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	254
Розділ 11. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА (В. В. Огоренко)	259
Розділ 12. ПРЕВЕНЦІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (Л. М. Юр'єва)	273
12.1. МОДЕЛІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	275
12.2. КОНЦЕПЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПРЕВЕНЦІЇ	278
12.3. СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ У СФЕРІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПРЕВЕНЦІЇ.....	280
Розділ 13. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ (А. Є. Ніколенко)	285
Розділ 14. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ (Л. М. Юр'єва)	293
14.1. ПРОФЕСІОГЕНЕЗ ТА КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	293
14.1.1. Етапи професійної діяльності лікаря.....	294
14.1.2. Фактори, що впливають на задоволеність роботою	298

14.2. ВИГОРЯННЯ У СПІВРОБІТНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ СЛУЖБ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ.....	299
14.2.1. Причини, що санкціонують розвиток синдрому вигоряння	301
14.2.2. Особливості синдрому вигоряння у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я	301
14.3. ОСВІТНІ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ВИГОРЯННЯ У ФАХІВЦІВ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ В СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	305
14.3.1. Період додипломної освіти	305
14.3.2. Період післядипломної освіти.....	306
14.4. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	308
14.4.1. Специфічні джерела стресу для медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19	310
14.4.2. Корекція та профілактика вигоряння	311

Розділ 15. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ (Г. Я. Пилягіна)

15.1. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ.....	323
15.2. ПРИНЦИПИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ВІДПОВІДНО ДО ВІКОВИХ ПЕРІОДІВ ДИТИНСТВА І ДОРОСЛІШАННЯ	325
15.3. ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ, НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЯКІ ПРИТАМАННІ ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІКУ	338

Розділ 16. ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман)

16.1. ДЕМЕНЦІЯ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	347
16.2. СИНДРОМ ВИГОРЯННЯ У ОСІБ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ЛІТНІМИ ПАЦІЄНТАМИ.....	352

ДОДАТКИ

1. ПРОГРАМА	357
Пояснювальна записка	358
Програма циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я»	359
Тематичний план лекцій циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я».....	361
Тематичний план семінарських занять циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я».....	362
Тематичний план практичних занять циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я».....	363
Перелік практичних навичок, якими повинен володіти лікар-курсант на циклі тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я»	364
2. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ЗАПИТАНЬ	365
3. Тести	368
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	379

Перелік умовних скорочень

АТО	— антитерористична операція
ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	— внутрішньо переміщені особи
ВСП	— високий стресовий ризик
ЕПР	— ендогенний психічний розлад
ЄС	— Європейський Союз
ЗМІ	— засоби масової інформації
ІМТ	— індекс маси тіла
ІТТ	— інтегративний тест тривожності
КГ	— контрольна група
КП	— компульсивне переїдання
КПТ	— когнітивно-поведінкова психотерапія
МІ	— мозковий інсульт
МКХ-10	— Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МКХ-11	— Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду
МОЗ	— Міністерство охорони здоров'я
НА	— нервова анорексія
НБ	— нервова булімія
нВСП	— надвисокий стресовий ризик
ООС	— Операція об'єднаних сил
ПАР	— психоактивна речовина
ПД	— післяпологова депресія
ППВА	— порушення психіки внаслідок вживання алкоголю
ППЕ	— перший психотичний епізод
ПППП	— програма психокорекції психічних порушень
ПСР	— помірний стресовий ризик
ПТСР	— посттравматичний стресовий розлад
РР	— референтний родич
РХП	— розлади харчової поведінки
СІЗЗС	— селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
ТГ	— терапевтична група
ТДР	— тривожно-депресивні розлади
ТІА	— транзиторна ішемічна атака
ХП	— харчова поведінка
ЦД	— цукровий діабет
ЦВП	— цереброваскулярна патологія
ЦНС	— центральна нервова система

BIPQ	— Brief Illness Perception Questionnaire (Короткий опитувальник сприйняття хвороби)
CAPS	— Clinical-administered PTSD Scale (Шкала для клінічної діагностики ПТСР)
CGI-I	— Clinical Global Impression Scale (субшкала шкали загального клінічного враження)
C-SSRS	— Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності)
DALY	— Disability-adjusted life year (роки життя, скориговані за непрацездатністю)
DEBQ	— Dutch Eating Behavior Questionnaire (Опитувальник харчової поведінки)
DSM-5	— Diagnostic and Statistical Manual — 5 (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів)
EAT-26	— Eating Attitudes Test — 26 (Тест ставлення до приймання їжі)
EMDR	— Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy (терапія методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима)
GAD	— General Anxiety Disorder Scale (Шкала генералізованого тривожного розладу)
IES-R	— Impact of Event Scale-Revised (Шкала оцінки впливу травматичної події)
PANSS	— Positive and Negative Syndrome Scale (клінічна рейтингова шкала позитивної та негативної симптоматики)
PHQ	— Patient Health Questionnaire (Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта)
PSP	— Personal and Social Performance Scale (шкала особистісного та соціального функціонування)
SF-36	— The 36-Item Short Form Survey (коротка форма опитувальника про стан здоров'я)
SUMD	— The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (методика для оцінки рівня інсайту психічної хвороби)
YLD	— очікувана (середня) кількість втрачених років працездатного життя
YLL	— очікувана (середня) кількість втрачених років життя

Частина I

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Вступ

Підручник «Охорона психічного здоров'я» створений відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 22.02.2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» (зі змінами, внесеними згідно з Наказами МОЗ України № 1106 від 12.05.2020 і № 74 від 19.01.2021), постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2019 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» та розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 р. № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» та ґрунтується на навчальній програмі циклу тематичного удосконалення лікарів. Підручник враховує основні положення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (Концепція) та виданий з метою виконання Плану заходів на 2021—2023 роки з реалізації Концепції (розпорядження Кабінету Міністрів України від 06 жовтня 2021 р. № 1215-р).

Пріоритетними напрямками у викладенні матеріалу підручника є профілактика психічних розладів та розробка програм щодо збереження психічного здоров'я. У підручнику висвітлено методологічні, правові, соціокультуральні та профілактичні аспекти у сфері охорони психічного здоров'я. Особливу увагу надано питанням охорони психічного здоров'я населення в умовах пандемій, військовослужбовців, осіб з психічними розладами та їхніх родичів, дітей, підлітків й осіб похилого віку, при станах залежності та розладах харчової поведінки, студентської молоді та медичних працівників.

Підручник призначений для лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-наркологів, медичних психологів, лікарів-психотерапевтів, ерготерапевтів, лікарів загальної практики — сімейної медицини і фахівців з організації та управління охороною здоров'я.

Підручник сприяє удосконаленню системи формування та підтримки професійної компетентності фахівців у сфері охорони психічного здоров'я завдяки забезпеченню належної інформаційно-ресурсної бази, використанню сучасних технологій, підвищенню рівня знань у сфері охорони психічного здоров'я та приведенню освіти фахівців у відповідність із сучасними світовими стандартами.

Розділ 1. Психічне здоров'я. Психічна норма і патологія

У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) здоров'я визначено як стан людини, якій властиві не тільки відсутність хвороб або фізичних вад, а й повне фізичне, душевне і соціальне благополуччя.

Одним з найважливіших складників загального здоров'я є психічне здоров'я.

Критерії психічного здоров'я (ВООЗ)

- усвідомлення і відчуття безперервності, постійності й ідентичності власного фізичного і психічного «Я»;
- почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе, власної психічної діяльності та її результатів;
- відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям;
- здатність до управління власною поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати її;
- здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

Н. Сарториус (1983) визначив поняття «психічне здоров'я» так:

1. відсутність виражених психічних розладів;
2. певний резерв сил людини, завдяки якому вона може подолати несподівані стреси чи труднощі, що виникають у виняткових обставинах;
3. стан рівноваги між людиною і навколишнім світом, гармонія між нею і суспільством, співіснування уявлень окремої людини з уявленнями інших людей про «об'єктивну реальність».

Психічна норма і патологія

Відповідно до визначення ВООЗ, **норма** — це етичний стандарт, модель поведінки, або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна і типова для тієї чи тієї культури. Багато дослідників визнають принципову неможливість дати визначення «нормальної поведінки», оскільки в різних культурах і при різних історичних ситуаціях критерії психічної норми — різні. В «Лексиконах психіатрії ВООЗ» (2001) є поняття «**конфлікт норм**», яке визначено як «ситуація, в якій ідеальні норми не збігаються з поведінковими нормами».

Підходи до визначення поняття «нормальної поведінки»

1. Статистичний підхід — базується на уявленні про психічну норму як про психічний стан, який відповідає певному поведінковому або іншому стандарту, і виявлення відхилень від середньостатистичних показників трактується як доказ відхилення від норми.

2. Адаптаційний підхід. Відповідно до цього підходу, бути психічно нормальним — означає бути соціально адаптованим і демонструвати соціально прийнятні і схвалювані стандарти поведінки. Т. Lidz наголошував соціокультуральний аспект цього підходу. Він говорив про те, що поведінкові відмінності в різних соціокультурних умовах і етнічних групах відображають еволюцію способів адаптації до них.

3. Психопатологічний підхід. Відповідно до цього підходу, бути психічно нормальним — означає не мати виражених психопатологічних симптомів. Цей підхід властивий європейській культурі, де наявний психопатологічний симптом (наприклад, галюцинації) розцінюють як ознаку хвороби. Такий підхід не прийнятний для деяких культур Сходу, де видіння і галюцинації вважають особливим даром та благословенням духів.

4. Гуманістичний підхід, на відміну від попередніх підходів, коли психічне здоров'я визначають через нездоров'я, а норму — через аномалію, виходить з вивчення здорових і зрілих людей. Гуманістично орієнтовані психологи (Шарлотта Бюлер, Гордон Олпорт, Абрахам Маслоу, Карл Роджерс, Еріх Фромм) наголошували роль самосвідомості та прагнення до самовдосконалення в нормальному розвитку особистості. Найбільш повно цей напрямок відображено в гуманістичній теорії особистості Абрахама Маслоу. Еталоном психічного здоров'я він вважав самоактуалізованих людей. Характеристики самоактуалізації він виявив, вивчаючи біографій людей, що досягли вершин самоактуалізації в своїй сфері діяльності.

5. Культурально-релятивістичний підхід. Прихильники культурного релятивізму пропонують вважати нормальним все те, що відповідає уявленням цієї культури про норму.

У транскультуральній психіатрії розрізняють поняття поведінкової і рангової норми.

Відповідно до визначення ВООЗ, **поведінкова норма** — це звичайна або модельна поведінка, що спостерігається в культуральній групі. **Рангова норма** — це ідеальні норми поведінки, очікувані від осіб, які мають особливе соціальне становище і впливовий статус (наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді); зазвичай більш строги і альтруїстичні, ніж норми, передбачувані для інших людей.

Бути психічно здоровим і психічно хворим в різних культурах означає різний психічний статус людини. Більш того, навіть в одній країні, але в різні історичні періоди, які супроводжуються зміною менталітету населення, поняття про психічну норму і патологію змінюється. Прикладом може бути гомосексуалізм.

Рівні психічного здоров'я

У формуванні здоров'я населення беруть участь різноманітні фактори, які американський вчений А. І. Robbins (1980) поділив на 4 групи:

- спосіб життя;
- стан навколишнього середовища;
- біологічні фактори;
- медичні фактори.

Таблиця 1.1. Вплив на здоров'я населення факторів ризику (Robbins, 1980)

Група факторів ризику	Частка впливу, %
1. Спосіб життя Куріння, нераціональне харчування, зловживання психоактивними речовинами, шкідливі умови праці, стреси, гіподинамія, неповна або багатодітна сім'я, урбанізація	51—52
2. Навколишнє середовище Забруднені повітря, вода, ґрунт, їжа, підвищений рівень радіації, електромагнітні поля	20—21
3. Біологічні фактори Спадковість, конституція, стать, вік	19—20
4. Медичні фактори Щеплення проти інфекційних захворювань, медичне обстеження, якість лікування	8—9

Отже, вплив соціальних чинників на здоров'я населення становить близько 70 %, з них фактор «*спосіб життя*», що охоплює широкий спектр соціально-психологічних і культуральних характеристик, становить понад 50 %. З фактором «спосіб життя» пов'язують такі поняття: рівень життя, якість життя, стиль та уклад життя, які визначаються культуральними характеристиками суспільства.

Розрізняють *п'ять ступенів стану психічного здоров'я*.

1. Ідеальна норма — відповідно до визначення ВООЗ, — це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально пропонуваній зразок поведінки.

2. Середньостатистична норма — стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції (з урахуванням статі, віку, соціального стану, екологічних особливостей регіону проживання).

3. Конституціональна норма. Кожний конституціональний тип схильний до певного типу психологічного реагування і до певного кола психічних і поведінкових розладів. Для кожного типу є специфічні патогенні чинники, щодо яких він найбільш вразливий. Наприклад, особам з шизоїдної конституцією притаманні холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; особам з циклотимічною конституцією — зміна настрою від веселощів до пригніченості.

4. Акцентуація — варіант психічної норми, який характеризується особливою виразністю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку уразливості людини до певних психічних і поведінкових розладів, наприклад, до залежної поведінки.

5. Передхвороба — це стан, при якому вже є деякі симптоми психічних і поведінкових розладів (зазвичай невротичного рівня), але соціальна адаптація збережена.

У Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ10) термін «психічний розлад» розуміють як клінічно визначену групу симптомів чи поведінкових ознак, що завдають індивідууму чи його оточенню виражене занепокоєння або навіть страждання. Термін вказує, передусім, на певну дисфункцію й відхилення від норми.

Запитання для контролю знань

1. Поняття про психічне здоров'я.
2. Критерії психічного здоров'я ВООЗ.
3. Поняття «норма» щодо психічного здоров'я, її варіанти.
4. Вплив на здоров'я населення факторів ризику.
5. Ступені стану психічного здоров'я.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Москва : Литтерра, 2010. 264 с.
2. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / пер. с англ. под общ. ред. В. Б. Позняка. Киев : Сфера, 2001. 398 с.
3. Павленко В. М., Таглін С. О. Етнопсихологія : навчальний посібник. Київ : Сфера, 1999. С. 321—336.
4. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев : Сфера, 2002. С. 37—53.

Розділ 2. Методологічні підходи до охорони психічного здоров'я

2.1. Сучасні методи та принципи оцінки психічного здоров'я населення

Питання психічного здоров'я є серед пріоритетних завдань в різних країнах Європейського регіону ВООЗ, беручи до уваги як масштаби матеріального та людського збитку, що зазнає суспільство, так і страждання окремих осіб.

Виміряти втрати, пов'язані зі зниженням якості життя, а також з тяготами, які лягають на сім'ї, де є особа з проблемами психічного здоров'я, дуже важко. Методи оцінки втрат, що завдають психічні та поведінкові розлади, — складні, а показники, отримані під час їх використання, важко порівнювати, особливо якщо потрібно зіставити стан в промислово розвинених країнах і таких, що розвиваються.

Угодою про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами визначено, що Україна бере на себе зобов'язання зміцнювати систему охорони здоров'я, контролювати та запобігати поширенню неінфекційних захворювань, пропагувати здоровий спосіб життя, покращувати психічне здоров'я громадян України. Україна занесена до списку пріоритетних країн у Спеціальній ініціативі ВООЗ із психічного здоров'я на 2019—2023 роки. Співробітництво з ВООЗ слугуватиме фундаментом для зіставлення методології та технологій оцінювання у сфері охорони здоров'я України з міжнародною практикою.

Міжнародний медичний корпус (International Medical Corps) за підтримки Групи Світового Банку (World Bank Group) зробив оцінювання та запропонував рекомендації щодо системи забезпечення психічного здоров'я в Україні. Метою цієї роботи було надання рекомендацій щодо розроблення політики, регламентованих документів та процедур оцінювання для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та створення громадських

платформ для надання послуг в межах програми реформ в Україні. За результатами цього оцінювання розроблена низка рекомендацій щодо науково-доказових практик відповідно до міжнародних рекомендацій ВООЗ із підсилення та організації послуг з охорони психічного здоров'я.

У Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року серед основних проблем зазначено обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері охорони психічного здоров'я. Сучасна українська система охорони психічного здоров'я загалом успадкувала радянську організаційну структуру, з її методологічними підходами щодо оцінки ефективності.

На противагу поширеній сьогодні в Україні біомедичній моделі, яка акцентована лише на медичних аспектах, в міжнародній практиці з охорони психічного здоров'я використовують біопсихосоціальну модель, яка полягає у поєднанні біологічних, психологічних і соціальних чинників та їхнього взаємозв'язку зі знаннями про здоров'я людини, причини захворювань та надання медичної допомоги та психосоціальної підтримки. Цей підхід зосереджений на комплексності чинників, що впливають на добробут людини, та їх враховують під час оцінювання ефективності надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я.

Серед десяти основних принципів щодо розроблення законодавства про охорону психічного здоров'я, сформульованих відділом психічного здоров'я та профілактики зловживання психоактивними речовинами ВООЗ (1996), є **оцінка психічного здоров'я** відповідно до міжнародно прийнятих принципів, яка включає:

- a) діагностику,
- b) вибір методу лікування,
- c) визначення компетентності,
- d) визначення ризику заподіяння шкоди самому собі чи іншим через психічний розлад.

Оцінку психічного здоров'я слід проводити лише для цілей, що безпосередньо стосуються психічних розладів або наслідків психічного захворювання. Зокрема, впровадження цього принципу можливе через сприяння клінічній підготовці фахівців із застосуванням міжнародно визнаних принципів.

Сучасним методом оцінки сумарного «тягаря хвороби» є показник років життя, скоригованих за непрацездатністю (*англ.* DALY, скорочене від Disability-adjusted life year). DALY розроблений Гарвардським університетом для Світового Банку та сьогодні використовується

в сфері охорони громадського здоров'я, зокрема ВООЗ. Показник являє собою лінійну суму потенційних років життя, втрачених через передчасну смерть і непрацездатність. Таким способом смертність і захворюваність вдається оцінити в тих самих одиницях виміру і подати у вигляді одного показника.

Зазвичай втрати потенційних років життя оцінювали за допомогою показника YLL (Years of Life Lost — очікувана (середня) кількість втрачених років життя), який розраховують на основі очікуваної тривалості життя в момент смерті. При такому підході не враховується вплив непрацездатності, який можна оцінити за допомогою показника YLD (Years Lost due to Disability — очікувана (середня) кількість втрачених років працездатного життя внаслідок порушень здоров'я, що не призводять до смерті). DALY, виходить, може бути обчислений за такою формулою: $DALY = YLL + YLD$.

Згідно з даними останнього дослідження ВООЗ про глобальний тягар захворювань в світі, проведеного 2019 року, психічні розлади входять в топ-20 причин DALY, зокрема депресивні розлади посідають 12 місце (рис. 2.1).

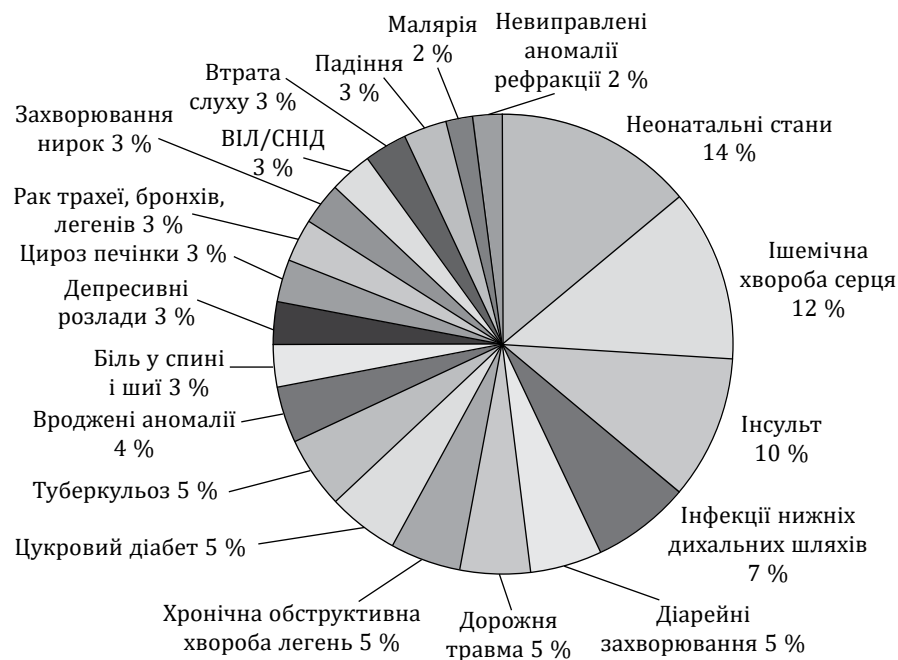


Рис. 2.1. Топ-20 провідних причин DALY в світі (BOO3, 2019)

DALY внаслідок психічних і поведінкових розладів в світі 2019 року наведений на рис. 2.2.

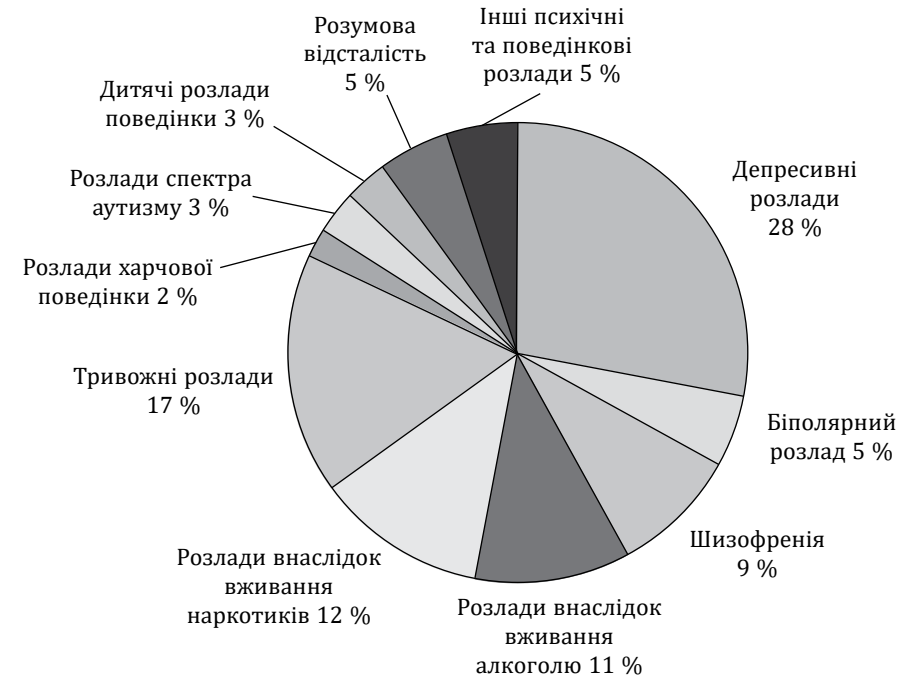


Рис. 2.2. Розподіл DALY при психічних і поведінкових розладах в світі (BOO3, 2019)

Провідною причиною тягара інвалідності щодо DALY в світі серед психічних розладів є депресивні розлади (28 %), на другому місці — тривожні розлади (17 %), на третьому — розлади внаслідок вживання наркотиків (12 %). На депресивні розлади припадає найбільше всіх DALY (1,84 %), втрачених через всі захворювання і порушення, порівняно з іншими психічними розладами. Частка від всіх YLD через депресивні розлади в світі 2019 року становить 5,45 %.

DALY психічних і поведінкових розладів в Україні 2019 року наведений на рис. 2.3.

В Україні депресивні розлади, як і в світі, посідають перше місце серед причин тягара інвалідності за DALY (1,79 % всіх DALY), тоді як психічні розлади внаслідок вживання алкоголю є другою основною причиною. На третьому місці — розлади внаслідок вживання наркотиків (11 %).

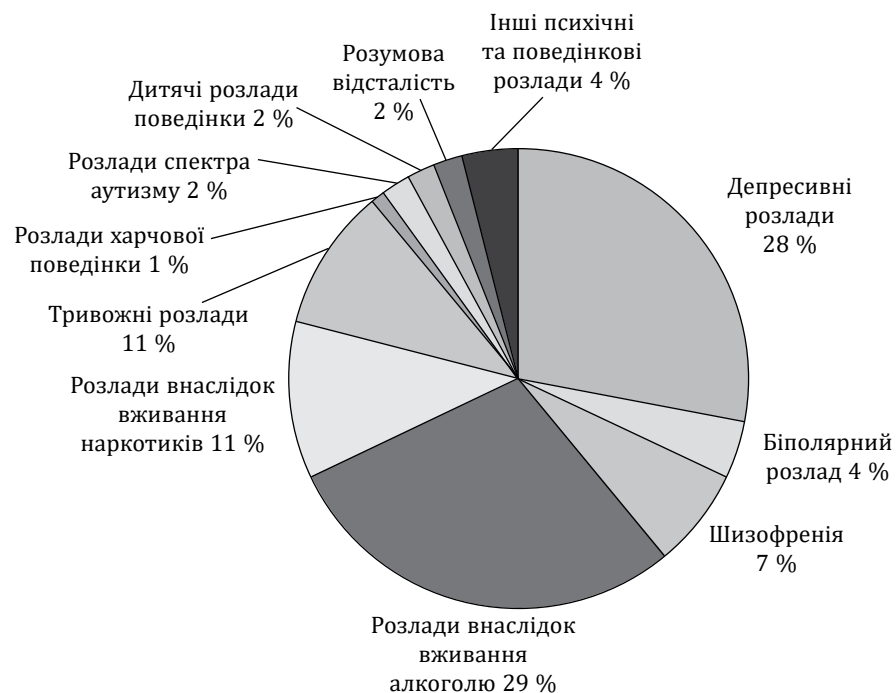


Рис. 2.3. DALY при психічних і поведінкових розладах в Україні, 2019 рік

Згідно з даними Інституту метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) при Вашингтонському університеті, Україна посідає 5 місце у світі за рівнем смертності через розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, 6 місце у світі — за рівнем непрацездатності через психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та 6 місце у світі — за рівнем непрацездатності через депресивні розлади. Частка від усіх YLD через депресивні розлади в Україні 2019 року становить 6,67 %.

Одним з найбільш трагічних наслідків проблем психічного здоров'я є самогубства. Частота самогубств є одним з найважливіших індикаторів громадського психічного здоров'я, соціального благополуччя та якості життя населення. Масштаб проблеми суїцидів в Україні та світі з аналізом і зіставленням показників частоти завершених суїцидів наведений у розділі 12.

2.2. Технології та процедури оцінки психічного здоров'я під час надання медичної допомоги

Первинне консультування осіб з проблемами психічного здоров'я потребує від лікаря, зокрема загальної практики — сімейної медицини, знань щодо технологій спілкування з хворими та обізнаності щодо ознак психічних розладів та розладів поведінки.

Первинне психіатричне консультування має на меті вирішити питання — чи свідчать скарги хворого про наявність (ймовірність) таких змін психічного функціонування, які потребують консультації лікаря-психіатра.

2.2.1. Технологічні аспекти первинного психіатричного консультування

Вимоги щодо проведення консультування осіб з підозрою на розлади психіки та поведінки мають три аспекти:

- юридичний,
- етичний (деонтологічний),
- технічний (процедурний).

Додержання юридичного аспекту означає виконання вимог Закону України «Про психіатричну допомогу», який виходить «із пріоритету прав і свобод людини і громадянина» та базується на Конституції України та засадах законодавства України про охорону здоров'я.

При первинному консультуванні обов'язковим є виконання положень таких статей:

Стаття 2. Законодавство України про психіатричну допомогу. Хоча лікар загальної практики — сімейної медицини не є психіатром, але, виконуючи процедуру первинного огляду хворих з будь-яким видом патології, зобов'язаний бути обізнаним з правилами та особливостями роботи психіатра.

Стаття 3. Презумпція психічного здоров'я. Вона наголошує, що «особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України».

Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги. В статті йдеться, зокрема, про добровільність допомоги, чого треба суворо дотримуватись, окрім випадків, передбачених іншими статтями Закону.

Стаття 11. Психіатричний огляд. У статті зокрема йдеться про отримання усвідомленої письмової згоди особи або її законного представника щодо визначення її психічного стану, окрім випадків, коли є підстави для огляду без усвідомленої згоди. Підставами

для огляду особи без усвідомленої згоди є такі випадки, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, які являють собою безпосередню небезпеку для самої особи або оточення;

неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує життєдіяльність особи;

завдасть значної шкоди своєму здоров'ю в зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання особі психіатричної допомоги.

Питання про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника вирішує лікар-психіатр за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи.

Етичний (деонтологічний) аспект консультування осіб з підозрою на наявність розладів психіки та поведінки частково регламентований Законом України «Про психіатричну допомогу».

Зокрема, в статті 4 наголошується про додержання принципів гуманності під час надання психіатричної допомоги.

Стаття 6 затверджує конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги. Відомості такого роду можуть передаватися іншим особам лише за усвідомленою згодою особи або її законного представника. Передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без усвідомленої згоди особи або її законних представників допускається за умов письмового звернення органів, які провадять дізнання, досудове розслідування або судовий розгляд.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися таким способом, який гарантує конфіденційність цих відомостей. Забороняється без згоди самої особи або її законних представників будь-яке використання цих відомостей (в наукових публікаціях, публічних демонстраціях особи тощо).

В статті 25 Закону «Про психіатричну допомогу» зафіксовано, що особи, яким надається психіатрична допомога, мають права та свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Вони можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому

Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

Деонтологічний аспект консультування осіб з наявністю чи підозрою на наявність психічних розладів передбачає право на поважливе та гуманне ставлення до них; отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги; відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків надання її без усвідомленої згоди або в примусовому порядку.

Деонтологічні вимоги до спілкування лікаря та хворого декларують неприпустимість морального оцінювання осіб, що звернулись по допомогу, зневажливого та принижуючого ставлення до хворого та його скарг на самопочуття.

Медична етика та деонтологія містять етичні обов'язки лікаря щодо міжособових стосунків з пацієнтами на засаді визнання їх суб'єктами лікувально-діагностичного процесу партнерського типу.

Нарешті, до деонтологічного аспекту спілкування лікаря та хворого належить проблема ятрогенії. В широкому сенсі термін визначає погіршення психічного стану хворого аж до діагностування психічного розладу внаслідок неадекватного інформування пацієнта про причини, характер та наслідки його захворювання з боку лікаря. Найчастіше виникають іпохондричні та депресивні реакції, відомі також випадки суїцидів.

Технічний аспект консультування містить правила вербальної та невербальної поведінки лікаря та вимоги щодо умов консультування.

Приміщення для проведення консультування пацієнтів з розладами психіки та поведінки не потребує особливого обладнання, але повинні бути зручні стільці або крісла, воно має бути затишним та забезпечувати конфіденційність бесіди.

Першою вимогою забезпечення плідності бесіди є «структурування простору».

Консультування починається зі знайомства з пацієнтом. Лікар повинен назвати себе, уточнити прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта. Слід з'ясувати, якому зверненню до себе віддає перевагу пацієнт (особливо це стосується підлітків та молодих осіб, але ні в жодному разі не дозволяється звернення на «ти»). Якщо пацієнт прийшов на візит в супроводі родичів, то починаючи з підліткового віку слід визначитись, бажає він спілкуватися з лікарем наодинці чи в присутності родичів. Якщо пацієнт віддає перевагу бесіді наодинці, родичам треба запропонувати почекати поза кабінетом, зазначивши, що після

бесіди з пацієнтом завершальна її частина буде проведена в їх присутності.

Далі треба визначитися з розташуванням пацієнта в кабінеті. Слід прагнути розташування лікаря та пацієнта в одній площині, наприклад, за столом на одному боці чи біля журнального столика. Відстань між ними має бути в межах «особистої дистанції», тобто 70—150 см. Пацієнт повинен сидіти обличчям до джерела світла, але не прямо, а трохи збоку. Виконання цих умов сприяє, по-перше, створенню обстановки невимушеної бесіди, а, по-друге, дає змогу оцінювати вираз обличчя пацієнта, його міміку, пантоміміку, поставу. Слід уникати проникнення в «інтимний простір» пацієнта, тобто в межах 30—50 см, під час першого знайомства з ним (маються на увазі, зокрема, доторкання до пацієнта, якщо не йдеться про обстеження внутрішніх органів).

Консультація з приводу визначення стану психіки пацієнта неминує відбуватися у вигляді чергування запитань та відповідей. В першій половині бесіди запитання переважно ставить лікар. Тому треба знати, як їх формулювати, щоб бесіда була плідною для обох сторін.

Види питань можна поділити на *дві групи*: закриті та відкриті. Закриті питання зумовлюють відповіді в вигляді підтвердження чи заперечення («так» чи «ні») того, що міститься в питанні.

Відкриті питання передбачають та зумовлюють розгорнуті відповіді та використовуються для виявлення переживань та проблем хворого. Вони можуть починатися зі слова «Що» — тоді це власне виявлення фактів. Коли відкрите запитання починається зі слова «Як», це дає змогу виявити почуття пацієнта. Відкрите запитання, яке починається зі слова «Чому?», передбачає з'ясування причин будь-чого, про що розповідає пацієнт. Відкрите запитання, яке починається зі слів «Чи можна?» дає змогу отримати загальну картину проблеми пацієнта.

В загальному обсязі запитань закриті повинні займати 25—30 %, решта — відкриті.

Консультуючи пацієнта, протягом бесіди треба з'ясувати, як пацієнт розуміє зміст слів, якими він описує свій стан, переживання, почуття. За цих обставин корисно вживати вислів «Правильно я Вас розумію?», а далі повторювати в стислому вигляді те, про що розповів пацієнт.

Треба зазначити, що розпитування пацієнта потребує отримання навичок, тому варто уважно стежити за додержанням правил. Саме

це забезпечує, з одного боку, систематизований підхід до консультування, керування його перебігом, просування вперед. Слушно поставлені запитання повинні забезпечити пацієнтові можливість розкрити власні переживання, описати свій стан тощо.

Проте, консультація з метою забезпечення саморозкриття пацієнта не має на увазі дозвіл розповідати про своє життя та проблеми, які його турбують, за принципом «година за годиною», «день за днем». Тому, використовуючи паузи в розмові пацієнта, час від часу треба підсумовувати те, що він вже розповів, з'ясувати це та зупинити занадто довгі монологи.

З другого боку, якщо пацієнт надто маломовний, не має навичок самоспостереження та вербалізації своїх відчуттів та емоцій, треба використовувати принцип «скерованого опитування», коли у пацієнта послідовно з'ясовують, чи має він ті чи інші порушення психічного функціонування та обов'язково просять якомога докладніше їх висловити. Утруднення в опису власних переживань має назву «алекситимія», яка є доволі поширеним феноменом в популяції і не обов'язково свідчить про хворобливий стан. Зазвичай про її наявність свідчать відповіді «не знаю», «ніякий настрої» тощо, коли йдеться про речі, безумовно відомі пацієнтові.

До технічних вимог належить також додержання тривалості бесіди з хворим. Хворий ні в жодному разі не повинен відчувати поспіх, з яким відбувається бесіда. З другого боку, бесіда не повинна перетворюватися в свого роду «допит». Якщо помітні ознаки стомлення, напруження чи роздратування хворого, треба обговорити це з хворим та з'ясувати, чим, наприклад, спричинені напруження чи роздратування. В будь-якому разі лікар повинен пам'ятати, що хворий має право не відповідати на запитання чи відмовитися від з'ясування обставин свого життя. Водночас, треба попросити хворого пояснити, чому він не хоче відповідати. Зазвичай на таке запитання хворі дають відповідь і лікар зможе зрозуміти суть проблеми. Крім того, така тактика дає змогу лікарю уникнути почуття психологічної безвиході після «невдалого запитання» і, таким способом, прикрасити у лікаря.

Найбільш оптимальною в психіатрії вважається бесіда тривалістю до 40 хвилин, що забезпечує потрібний для плідного спілкування рівень уваги як хворого, так і лікаря. Завершувати бесіду треба підсумовуванням проблем хворого та плануванням заходів лікаря. Обов'язковим компонентом бесіди є надання хворому можливості поставити свої запитання. В умовах поліклінічного візиту далеко не завжди є можливість тривалої бесіди, але треба пам'ятати, що вона не може

бути коротше ніж 20 хвилин, якщо йдеться про з'ясування психічного стану хворого. Крім того, якщо часу замало, виникають підвищені вимоги до вміння лікаря чітко структурувати бесіду, але не перетворювати її на формальне опитування.

Протягом бесіди лікар повинен стежити за власною невербальною поведінкою. Загалом вимоги до неї можна сформулювати так: поведінка має бути уважною. Зокрема, про це повинні свідчити мова тіла, тобто постава, рухи, жести, контакт очей, вираз обличчя, відтінки голосу, тема мовлення.

Щодо постави, то вона має бути обов'язково відкритою. Це означає, що ноги повинні стояти на підлозі поряд одна з одною, з опорою на повну ступню; і тулуб трохи схилений уперед, в бік співбесідника, голова теж трохи нахилена уперед і руки спокійно лежать на столі чи бильцях крісла, кисть — розкрита.

Постава лікаря зовсім не повинна бути нерухомою, скам'янілою. Навпаки, хворого заспокоюють м'які повільні рухи. Можна повторювати деякі рухи та особливості постави хворого, але не в разі, коли вони свідчать про його напруження. Не слід схрещувати руки та ноги, закривати руками свого рота чи підборіддя, тому що це — ознаки закритої постави.

Треба також дивитися на хворого, але погляд повинен бути м'яким та дещо зміщеним час від часу на перенісся хворого.

Слова потрібно промовляти в помірному темпі, чітко вимовляючи. Взагалі всі слова повинні бути зрозумілими хворому, про що треба час від часу запитувати. Не слід ставити декілька питань поспіль, а відповіді треба дослуховувати до кінця.

Інтенації голосу мають бути м'якими, заспокійливими, голос — помірної чутності. Якщо хворий протягом бесіди підвищує голос, треба відразу ж поцікавитись, що його спонукало до цього, чи відчуває він образ, роздратованість чи злість і чому саме. Якщо пацієнт в процесі бесіди починає плакати, не треба поспішати заспокоїти його. Водночас, треба не дати плачу перетворитися на істеричне ридання. В будь-якому разі, коли хворий заспокоїться, треба обговорити причини плачу. Це можуть бути факти, важливі для розуміння проблем пацієнта. Може бути так, що після плачу пацієнт змінить тему бесіди. Треба надати йому таку можливість, але згодом все ж повернутися до причин плачу.

Суттєвим компонентом завершальної частини бесіди є обговорення потрібної подальшої консультації у психіатра. Ця інформація повинна бути надана пацієнту в максимально м'якій формі, але, водночас,

чітко визначена і доволі впевнено. Водночас треба нагадати пацієнту те, що було визначено на початку бесіди, добровільність психіатричної допомоги (якщо не має підстав для іншого рішення).

Загалом, первинне консультування з приводу порушень психіки та поведінки повинне заспокоїти пацієнта та надати йому впевненості в можливості поліпшення його стану.

2.2.2. Змістовні аспекти первинного психіатричного консультування

Метою первинного психіатричного консультування є кваліфікація скарг хворого, тобто вирішення питання, чи є вони свідченням порушень психіки клінічного рівня. Інакше кажучи, лікарю треба вирішити чи є психічні феномени, про які розповів хворий, належністю психічної норми чи проявом захворювання. Щоб відповісти на це питання, лікар, зокрема загальної практики — сімейної медицини, повинен мати базові знання з загальної психології, орієнтуватися в критеріях психічного здоров'я та знати психіатричну семіотику (перелік психопатологічних симптомів та їх змістовну характеристику).

В контексті взаємозв'язків понять «психологія — психіатрія», «здоров'я — захворювання» загальна психологія відіграє роль пропедевтики психічних розладів. Насправді, щоб кваліфікувати певний психіатричний феномен, треба знати його характеристику в межах норми.

Загальна психологія поділяє всі психічні феномени на декілька груп:

— гностичні процеси, до яких належать сприймання, мислення, мовлення, інтелект, пам'ять, увага, уява;

— емоційно-вольові процеси, до яких належать емоційні реакції, настрої, почуття, афект, потреби, мотиви, прагнення, інтереси, діяльність;

— особливості, які характеризують особистість: темперамент, характер, самооцінка, «Я-образ» та «Я-концепція», особливості саморегулювання поведінки тощо.

Окремо описують свідомість як інтегральну характеристику психіки; з точки зору психіатрії мають значення орієнтація людини в собі, тобто своїй особистості, та в навколишній наявній реальності.

Кожний психічний процес чи стан в межах норми мають відповідати їхнім характеристикам та забезпечувати адаптовану діяльність. Загалом, психічна діяльність повинна відповідати критеріям психічного здоров'я (за визначенням ВООЗ).

Інакше кажучи, в межах психічного здоров'я особа спроможна нівелювати тимчасові психічні зміни таким способом, щоб, з одного боку, володіти ситуацією чи переживати її (в психологічному сенсі), а з другого — повертатися до стану психічного гомеостазу та зберігати його. Таке розуміння психічного здоров'я не унеможлиблює актуалізації окремих станів та психічних проявів, які свідчать про психічне хвилювання, неспокій чи, навпаки, про захопленість, піднесення тощо. В межах психічного здоров'я можливе різноманіття феноменів, але неодмінною умовою є їх адекватність обставинам та впливам, загальна адаптивна спрямованість.

Крім того, психічні феномени в межах психічного здоров'я збігаються з культурально зрозумілими їх проявами, їх можна пояснити психологічно. Інтуїтивно почуття та переживання, спосіб мислення, характеристики мовлення, які належать одній особі, зрозумілі іншим представникам тієї самої культури, хоч би як індивідуальні вони не були. Інша річ — феномени, що виходять за межі психологічних та належать до проявів чи то патологічної тимчасової зміни психіки, чи то психічного захворювання.

До речі, вважається хибним використання психіатричної термінології для характеристики стану психічно здорової людини. Зокрема, не слід вживати термін «депресія», описуючи смуток, пригнічений настрій людини, якщо його можна пов'язати з психологічними причинами.

Вислуховуючи скарги хворого чи його розповідь про прояви психічного стану (які далеко не завжди самі хворі оцінюють як скарги на самопочуття, тому що в певних випадках не відчують їх як обтяжливі — наприклад, розповідь про піднесений настрій чи відчуття особливої спроможності, якої раніше вони не відчували), треба вміти локалізувати їх в межах тих чи тих психічних процесів. До того ж розповідь хворого може бути нечіткою і тому потребує уточнень. Зокрема, коли хворий «відчуває», що його переслідують, треба з'ясувати, про що йдеться: він спостерігає чи чує щось, що може бути, на його думку, чи «точно» доказом переслідування, чи він так вважає «невідомо чому» або на підставі «натяків» оточення. В першому випадку первинними є розлади сприйняття, які хворий інтерпретує, а в другому йдеться про первинні розлади мислення. Стосовно частини феноменів діє правило, що їх вважають проявом психічного порушення, якщо не виявлено відповідних соматичних та неврологічних розладів, які могли б їх зумовити (наприклад, болісні тактильні відчуття, запаморочення тощо).

Коли виявляються психічні феномени, які не можуть бути з'ясовані психологічно, а також такі, що спричиняють дискомфорт, з великою ймовірністю ідеться про їх патологічний характер. В таких випадках у лікаря з'являється право говорити про наявність симптомів, тобто феномени є ознакою захворювання.

2.2.3. Скринінгова та психометрична оцінка психічного здоров'я під час надання медичної допомоги

З огляду на велике поширення депресії та тривоги, особливо серед пацієнтів, які мають хронічні соматичні захворювання з тривалим перебігом, діагностика цих станів не лише лікарями-психіатрами, а й лікарями загальної практики — сімейної медицини набуває особливої актуальності. Відповідно до уніфікованих клінічних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» (<https://bit.ly/3x19ArO>) та «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (<https://bit.ly/3zgVJR2>) (затверджено МОЗ України 25.12.2014 р., № 1003 та 23.02.2016 р., № 121 відповідно), для скринінгу депресій та тривожних розладів рекомендовано використовувати двоетапний скринінг.

Спочатку використовують скорочені версії опитувальників, при позитивних відповідях на які застосовують розширені версії для підтвердження є або немає депресії чи тривожних розладів. Опитувальники самооцінки депресії PHQ-2 та PHQ-9 наведені у клінічному протоколі «Депресія».

Двоетапний скринінг тривожних розладів виконують за GAD-2 та GAD-7.

Скринінг тривожних розладів (GAD-2)

Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені?

Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання?

Позитивна відповідь на ці два запитання є маркером для подальшого обстеження пацієнта за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7).

Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7) — це анкета, що заповнює пацієнт, та використовується для скринінгу й оцінки тяжкості генералізованого тривожного розладу чи інших тривожних розладів (панічний розлад, соціальна фобія, ПТСР). Вона містить 7 пунктів, за якими оцінюють тяжкість різних проявів розладу відповідно до категорій відповідей: «не турбували взагалі», «протягом декількох днів», «більше половини цього часу» і «майже щодня». Загальну оцінку отримують додаванням балів за всіма 7 пунктами.

ПІБ _____					
Дата _____					
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже щодня
1.	Ви нервовали, відчували тривогу або були дуже напружені	0	1	2	3
2.	Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання	0	1	2	3
3.	Ви занадто хвилювались через різні речі	0	1	2	3
4.	Вам було важко розслабитись	0	1	2	3
5.	Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на місці	0	1	2	3
6.	Вам було легко дошкулити або роздратовати Вас	0	1	2	3
7.	Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися	0	1	2	3
Сума — загальний бал					

Сума балів за шкалою GAD-7 буде в діапазоні від 0 до 21. Суми в 5, 10, 15 і 20 балів — це межі для легкої, помірної, середньої важкості і важкої тривоги відповідно.

У разі встановлення діагнозу депресії або тривожного розладу лікарі, зокрема первинної ланки медичної допомоги, мають оцінювати пацієнтів за ризиком самогубства. Для експрес-оцінки ризику суїциду використовують шкалу SAD PERSONS Scale (W. M. Patterson, H. H. Dohn, J. Bird et al., 1983). Назва шкали — це акронім з 10 ознак: *S (Sex)* — стать, *A (Age)* — вік, *D (Depression)* — депресія, *P (Previous attempt)* — попередні спроби, *E (Ethanol abuse)* — зловживання етанолом, *R (Rational thinking loss)* — втрата раціонального мислення, *S (Social Supports Lacking)* — втрата соціальної підтримки, *O (Organized Plan)* — підготовлений план, *N (No Spouse)* — немає чоловіка (дружини), *S (Sickness)* — захворювання.

<i>S</i>	Стать	1 — якщо чоловік; 0 — якщо жінка
<i>A</i>	Вік	1 — якщо < 20 або > 44
<i>D</i>	Депресія	1 — якщо є
<i>P</i>	Попередні спроби	1 — якщо були
<i>E</i>	Зловживання етанолом	1 — якщо є
<i>R</i>	Втрата раціонального мислення	1 — якщо є
<i>S</i>	Втрата соціальної підтримки	1 — якщо є
<i>O</i>	Підготовлений план	1 — якщо план розроблений і смертельний
<i>N</i>	Немає чоловіка (дружини)	1 — якщо розлучений, овдовів, неодружений чи самотній
<i>S</i>	Хвороба	1 — якщо хронічна, виснажлива та важка

Керівництво до дій відповідно до шкали SAD PERSONS Scale:

Бали	Запропонована клінічна дія
0—2	Залишити вдома з подальшим наглядом
3—4	Ретельне спостереження; розглянути питання про госпіталізацію
5—6	Настійно обміркувати госпіталізацію; постійне спостереження
7—10	Госпіталізація або примусова допомога

Наступним кроком після скринінгової діагностики є застосування психометричних шкал. Основною функцією психометричних вимірювань в сфері охорони психічного здоров'я є кількісне оцінювання вираженості психопатологічних симптомів та змін в динаміці, а також факторів ризику психічних розладів, когнітивних функцій, особливостей особистості, якості життя, соціального функціонування тощо.

Класифікація психометричних методик:

1. Шкали спостереження
2. Полуструктуровані інтерв'ю
3. Опитувальники
4. Когнітивні тести.

Найпоширеніші в клінічній практиці шкали наведені в уніфікованих клінічних протоколах «Депресія» та «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

Основні когнітивні тести наведені в уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Деменція» (<https://bit.ly/392FPPH>) (затверджено МОЗ України 19.07.2016 р., № 736).

Загально визнаною психометричною шкалою для оцінки тяжкості суїцидальних проявів є «Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності» (<https://bit.ly/3meu0c7>) (C-SSRS), авторами якої є Posner K., Brent D., Lucas C., Gould M., Stanley B., Brown G., Fisher P., Zlazny J., Burke A., Oquendo M., Mann J.

Шкалу застосовують майже в усіх клінічних дослідженнях. Шкала набула великого поширення, а також перекладена більш ніж 100 мовами.

C-SSRS призначена для того, щоб визначати відмінності між суїцидальними думками та суїцидальною поведінкою, вимірюючи чотири пункти:

- тяжкість суїцидальних ідей (бажання померти, непереборні активні суїцидальні думки, суїцидальні думки, що стосуються методів, суїцидальні наміри і суїцидальні наміри з планом);
- інтенсивність ідей (частота, тривалість, контрольованість, обставини, що стримують, і причини виникнення ідей);
- поведінка (тепер, попереджені та перервані спроби, підготовчі дії, несуйцидальне самоушкодження);
- летальність.

Розроблено різні форми цієї шкали, зокрема і версію для дітей. Шкала C-SSRS має хороші психометричні властивості, а на її застосування потрібно всього кілька хвилин. Ця шкала корисна для виявлення індивідів з ризиком суїцидальної поведінки під час реалізації профілактичних заходів в сфері охорони психічного здоров'я.

Запитання для контролю знань

1. Що являє собою показник DALY?
2. Надайте характеристику технологічних аспектів первинного психіатричного консультування.
3. Що має в своєму складі двоетапний скринінг депресивних та тривожних розладів?
4. Яка основна функція психометричних вимірювань в сфері охорони психічного здоров'я?
5. Наведіть класифікацію психометричних методик.

Список використаної літератури

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (в останній редакції від 01.02.2020). Доступ з інформ.-правової системи «ЛІГА-ЗАКОН». 2020. Розд. V. Гл. 22. Ст. 427. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MU14097.html.

2. Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні / Міжнародний медичний корпус за підтримки Групи Світового Банку. 2017. URL: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/747231517553325438/pdf/120767-Ukrainian-PUBLIC-mental-health-UA.pdf>.

3. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.

4. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я : методичні рекомендації. Київ, 2013. 33 с.

5. Mental health care law: ten basic principles / Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva : World Health Organization, 1996. URL: https://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf.

6. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000—2019 (Global Health Estimates Technical Paper WHO/ DDI/DNA/GHE/2020.3). Geneva : WHO, 2020. URL: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7.

7. GBD Compare, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019. URL: <https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>.

8. Клінічна суїцидологія : підручник / за заг. ред. професорів Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути, І. В. Лінського. Харків : Видавець Строков Д. В., 2020. 302 с.

Розділ 3.

Соціальні та правові аспекти надання допомоги особам з психічними та поведінковими розладами

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають охорону здоров'я як систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Нині на обліку в українській психіатричній службі зареєстровано 1,6 мільйона осіб, які отримують потрібну допомогу у зв'язку із різними психічними розладами і захворюваннями. За даними МОЗ України, 2019 року по психіатричну допомогу звернулися близько 302 тис. громадян. Проте 6,4 мільйона осіб (за даними проекту МН4U) з психічними порушеннями різного ступеня складності залишаються поза увагою системи. За світовими даними, до двох третин пацієнтів з проблемами у психіці не звертаються по допомогу. Причини — різні: від нерозуміння і недостатньої поінформованості — до певної стигматизації тематики психічного здоров'я. Відносна частка тих, хто звертається по психіатричну допомогу, становить 2,5 % від усього населення України, для порівняння — в Молдові — 2,7 %, в Грузії — 1,5 %, а в країнах Європейського Союзу — 38,2 %, що свідчить про доступність і дестигматизацію служб психічного здоров'я.

На глобальному рівні рішення знайдено — організація допомоги таким особам на рівні громад, оскільки відділення великих закладів охорони здоров'я — часто не найкраще місце для таких хворих. Перебуваючи в звичних умовах і отримуючи допомогу з різних джерел, такі особи демонструють набагато кращі результати лікування і скоріше повертаються до активного життя.

До того ж нині додаються проблеми з психічним здоров'ям внаслідок пандемії COVID-19.

Щоб звести до мінімуму наслідки пандемії для психічного здоров'я, надважливим є:

— застосування підходу до зміцнення і охорони психічного здоров'я і надання психологічної допомоги, що передбачає участь усього суспільства;

— забезпечення широкої доступності екстреної психологічної допомоги і психосоціальної підтримки;

— сприяння відновленню після COVID-19 через створення послуг з охорони психічного здоров'я на майбутнє.

На сьогодні основними нормативними актами, які регулюють надання допомоги особам з психічними і поведінковими розладами, є Закон України «Про психіатричну допомогу», Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р) та низка підзаконних актів, які уточнюють і регулюють окремі аспекти надання допомоги.

Зазначена концепція виокремлює основні проблеми у сфері охорони психічного здоров'я в Україні:

- недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я;
- відсутність системи профілактики психічних розладів, що базується на фактичних даних, та ефективної популяризації психічного здоров'я;

- недосконалість регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я;

- низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я, недостатність системи формування та підтримки професійної компетентності серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій;

- відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та контролю якості допомоги у зазначеній сфері;

- надмірна зосередженість допомоги у сфері охорони психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту; низька доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги; дефіцит служб, які базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг;

відсутність систем підтриманого працевлаштування та зайнятості, підтриманого проживання; відсутність ефективної системи підтримки сімей осіб, що доглядають за особами з психічними захворюваннями, а також недостатній розвиток кризової психологічної допомоги та програм раннього втручання на рівні територіальних громад;

- обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері охорони психічного здоров'я та надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги;

- недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням чутливості до потреб різних груп суспільства та обмежені участь і залучення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їх сімей до планування допомоги, її реалізації та оцінки;

- відсутність ефективного адміністрування та моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я, недостатня координація між різними державними органами у наданні допомоги особам з проблемами психічного здоров'я.

Основні питання, які слід вирішувати під час реформування національного законодавства в сфері охорони психічного здоров'я:

- Поліпшення доступу до служб високоякісної психіатричної допомоги відповідно до принципу найменш обмежувальної альтернативи.

- Дотримання прав осіб, що користуються послугами служб психіатричної допомоги:

- право на конфіденційність,
- право на доступ до інформації,
- права і умови утримання в психіатричних закладах,
- повідомлення про права.

- Заохочення добровільної госпіталізації і лікування

- Відмова від використання ізоляції і засобів обмеження свободи.

- Створення механізмів нагляду для контролю за дотриманням і захистом прав.

- Внесення питань з охорони психічного здоров'я і дотримання прав людини в інші законодавчі акти:

- антидискримінаційне законодавство;
- законодавство у сфері охорони здоров'я;
- житлове законодавство: «будинки на півдорозі» (спеціалізовані реабілітаційні установи) і будинки довготривалого догляду;
- законодавство з питань зайнятості;

- законодавство в галузі соціального захисту;

- цивільне законодавство.

- Участь зацікавлених сторін.

Сьогодні допомогу стосовно психічного здоров'я в Україні надають:

I. Лікувально-профілактичні заклади Міністерства охорони здоров'я (МОЗ України):

- психоневрологічні та наркологічні диспансери;

- лікарі-психіатри і лікарі-наркологи в центральних районних лікарнях;

- психіатричні та наркологічні лікарні;

- дитячі психіатричні лікарні (відділення);

- психіатричні/психосоматичні відділення загальносоматичних лікарень;

- психіатричні медико-соціальні експертні комісії.

II. Заклади, що є у підпорядкуванні Міністерства соціального забезпечення та захисту:

- дитячі будинки-інтернати;

- психоневрологічні інтернати;

- геріатричні пансіонати для громадян похилого віку, які потребують стороннього догляду або підтримки в проживанні;

- територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг).

III. Заклади, що є у підпорядкуванні Міністерства освіти і науки:

- будинки-інтернати (соціального захисту, для дітей-інвалідів);

- спеціальні дошкільні навчальні заклади;

- спеціальні загальноосвітні школи-інтернати та загальноосвітні школи з спеціальними класами;

- навчально-реабілітаційні центри;

- школи-інтернати зі спеціальним відділенням для дітей, які потребують корекції розвитку.

До цієї структури треба додати і лікарів загальної практики, які у межах своїх повноважень надають допомогу особам з психічною патологією.

Усі перелічені вище заклади мають надавати також реабілітаційні і соціальні послуги.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», **до реабілітаційних закладів належать:**

1) реабілітаційні лікарні та реабілітаційні центри, незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в після-гострому та довготривалому реабілітаційних періодах;

2) амбулаторні реабілітаційні заклади, незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах;

3) центри психологічної реабілітації та/або травматерапії;

4) протезно-ортопедичні підприємства, незалежно від підпорядкування і форми власності;

5) заклади комплексної реабілітації, включно з закладами медико-психологічної реабілітації.

До реабілітаційних відділень, підрозділів належать:

1) палати гострої реабілітації у лікарнях різного профілю, багато-профільних лікарнях інтенсивного лікування системи охорони здоров'я незалежно від форми власності;

2) стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю системи охорони здоров'я незалежно від форми власності;

3) амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю системи охорони здоров'я, незалежно від форми власності;

4) стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації, створені на базі санаторно-курортних установ, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності.

На 2017 рік 89 % бюджету, асигнованого на охорону психічного здоров'я в Україні, припадає на стаціонарне лікування в психіатричних установах, що є вищим показником, ніж в інших країнах (наприклад в Литві — 9 %).

З 2020 року розпочато реформування вторинної медичної допомоги, до якої належить і психіатрія.

У зв'язку з переходом на іншу модель фінансування вторинної медичної допомоги, МОЗ фінансує заклади охорони здоров'я, які можуть забезпечувати пакет «Психіатрична допомога дорослим і дітям». Наприклад, на 2021 рік Національна служба здоров'я України уклала договори зі 198 медичними закладами, серед яких 64 монопрофільні психіатричні заклади, 20 — наркологічні диспансери, а решта — багатопрофільні лікарні.

Основою нової моделі охорони психічного здоров'я в Україні є модель Великої Британії, де повноваження курації хворих на психічні розлади покладено на сімейних лікарів, які у разі потреби спрямовують пацієнтів до психіатрів, які лише консультують (подаліше лікування — відповідно до рекомендацій консультанта — знову проводять сімейні лікарі). Нова модель охорони здоров'я передбачає

суттєве зменшення кількості госпіталізацій в психіатричні стаціонарні заклади.



Рис. 3.1. Піраміда ВОЗ щодо організації послуг для оптимального набору послуг з охорони психічного здоров'я (адаптовано з: Improving health systems and services for mental health. World Health Organization, 2009)

П'ять принципів¹ успішного зменшення рівня госпіталізації:

1. надання послуг на рівні громади (амбулаторні послуги з охорони психічного здоров'я, науково-доказове лікування, соціальні послуги щодо житла, працевлаштування тощо);
2. медичний персонал (зокрема, професійні асоціації) повинен бажати впроваджувати зміни;
3. політична підтримка на найвищому та найширшому рівні;
4. правильний вибір часу (надзвичайні ситуації та кризи можуть стати можливостями для реалізації змін);
5. додаткові фінансові ресурси.

Отже, виникає потреба створювати альтернативні форми надання амбулаторної допомоги, а в широкому сенсі — амбулаторної

¹ Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні. URL: http://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/MH-report-for_INTERNET_All_ua.pdf.

охорони психічного здоров'я. Це мультидисциплінарна проблема, адже доводиться вирішувати не тільки медичні питання (діагностика, призначення медикаментозного лікування), а й проблеми соціалізації хворих, забезпечення їхніх прав тощо. Соціальну допомогу, яку потребують особи з психічними розладами, сьогодні надають переважно заклади, підпорядковані Міністерству соціальної політики. Вважається, що спеціалізованих інтернатів бракує, але сьогодні взято курс на їх скорочення з метою інтеграції таких осіб у суспільство. Багато пострадянських країн уже пройшли цей шлях. Наприклад, там створили гуртожитки для пацієнтів з вадами психічного здоров'я, аби вони могли працювати і жити в суспільстві.

Система охорони психічного здоров'я в Норвегії починається на первинному рівні. Отримати психологічну допомогу норвежці можуть у сімейного лікаря, оскільки більшість з них мають додаткову спеціалізацію з охорони психічного здоров'я. Якщо сімейний лікар не має відповідної кваліфікації або наявні складні/серйозні порушення, пацієнта скеровують до районного психологічного центру, де психіатр та клінічний психолог встановлюють діагноз і призначають відповідне лікування. Кваліфіковану медичну допомогу людям із розладами психіки в Норвегії надають у спеціалізованих державних установах — психіатричних лікарнях та районних психіатричних центрах, у комунальних структурах — зазвичай це спеціальне житло з обслуговчим персоналом для тих, хто не в змозі самостійно піклуватися про себе на належному рівні або ж удома.

У районних психіатричних центрах зазвичай перебувають 18—20 пацієнтів одночасно, за якими здебільшого просто спостерігають, контролюють приймання ліків, надають психологічну підтримку та сприяють соціалізації. В таких центрах зазвичай працює мультидисциплінарна команда, яка має у своєму складі: старшого лікаря, лікаря-психіатра, клінічного психолога, соціального працівника, старший і молодший медичний персонал (на кожного пацієнта припадає одна медична сестра — бакалавр).

З 1997 року амбулаторну допомогу в Литві надають в 114 первинних центрах психічного здоров'я. Ця допомога — спеціалізована і забезпечується багатопрофільними бригадами у складі психіатра, медичного психолога, психіатричної медсестри, соціального працівника та інших фахівців у сфері охорони психічного здоров'я. Також відкрито кілька відділень невідкладної допомоги при гострих психічних розладах і центри денного догляду в межах первинної психіатричної допомоги.

В Грузії, поряд зі збільшенням фінансування, державна програма з охорони психічного здоров'я містить новий стандарт для амбулаторних послуг за місцем проживання, послуг мобільних бригад за місцем проживання та послуг з кризового втручання в сфері охорони психічного здоров'я. Методологію фінансування амбулаторно-психіатричної служби за місцем проживання було змінено та визначено відповідно до чисельності жителів в кожному відповідному районі обслуговування.

Отже, для поліпшення надання допомоги з охорони психічного здоров'я має бути передбачена міжгалузева співпраця: Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки та інших міністерств та відомств, а також місцевих громад. Саме надання послуг громадами на місцях наближає послугу до того, хто її потребує, відповідно робить її якіснішою. Реформи — це розширення спектра послуг, а не витіснення одних іншими.

Щоб поліпшити систему охорони психічного здоров'я потрібно:

— впровадження комплексного підходу до охорони психічного здоров'я, який буде охоплювати **профілактику і ранню діагностику** ризиків появи розладів поведінки і психіки **на первинному рівні** надання медичної допомоги;

— скорочення терміну перебування хворих, які потребують лише соціальної допомоги, у стаціонарах та скерування їх до якісної розвинутої амбулаторної психіатричної служби;

— формування мережі соціальних центрів психіатричної допомоги для тих, кому потрібна соціальна, а не психіатрична допомога;

— наближення стаціонарної психіатричної допомоги до пацієнтів, поступовий перехід від терапії хворих у монопрофільних закладах до надання допомоги в багатопрофільних лікарнях (але не внаслідок перейменування психіатричних лікарень).

Одним з перспективних варіантів надання комплексної допомоги в межах охорони психічного здоров'я є мобільна психіатрична допомога. Чисельність населення в районі обслуговування однієї бригади має становити 100—150 тис осіб. Оптимальне навантаження на одну бригаду — 20 пацієнтів, допомогу надають протягом 3—6 місяців (залежно від стану людини). До складу таких бригад мають входити лікар психіатр, психолог, медична сестра та соціальний працівник.

Завдання мультидисциплінарної команди фахівців:

— попередження госпіталізації;

— попередження інвалідизації пацієнтів;

— проведення психосоціальної реабілітації і ресоціалізації;

— розроблення індивідуального плану ведення кожного хворого з урахуванням його потреб та інтересів.

Функції фахівців мультидисциплінарної команди:

- лікар-психіатр — діагностика психічних поведінкових розладів і медикаментозне лікування (він його призначає або коригує), психотерапевтичне лікування;

- психолог — психологічне обстеження й консультування пацієнта, проведення роботи, спрямованої на подолання стресу та пошук виходу зі складних ситуацій;

- соціальний працівник — розширення соціального функціонування пацієнта, поліпшення його побутових навичок, допомога у вирішенні інших питань (оформлення документів, працевлаштування тощо);

- медична сестра — моніторинг стану пацієнта, виконання призначень лікаря-психіатра, в разі потреби — проведення медичних маніпуляцій.

Основними завданнями надання психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди є:

- 1) діагностика психологічного стану особи, яка потребує реабілітації, та складення психологічної частини індивідуального реабілітаційного плану;

- 2) надання першої психологічної допомоги особі, яка потребує реабілітації, та членам її сім'ї;

- 3) допомога особі, яка потребує реабілітації, у визначенні та розумінні мети та завдань реабілітації;

- 4) підтримка та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах;

- 5) психотерапія депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі у бойових діях, надзвичайних ситуацій, полону, перебування в місцях позбавлення волі тощо;

- 6) допомога особі, яка потребує реабілітації, у встановленні життєвих цілей та підтримці досягнутого прогресу реабілітації після завершення реабілітаційного процесу;

- 7) психотерапія, психоедукація та підтримка особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї;

- 8) психотерапія членів сім'ї особи, яка потребує реабілітації, спрямована на втому від співчуття та емоційне вигорання;

- 9) робота з іншими членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї.

Отже, зміцнення надання послуг з охорони психічного здоров'я на всіх рівнях передбачає:

- збільшення кількості психіатричних стаціонарних відділень в лікарнях загального профілю для зменшення залежності від централізованих установ третинного рівня;

- розширення мережі спеціалізованих фахівців з охорони психічного здоров'я (лікарі-психіатри, медичні психологи, лікарі-психотерапевти) в різноманітних медичних установах (наприклад, районних лікарнях, поліклініках);

- створення мультидисциплінарних команд і їх робота з громадою для надання допомоги особам з тяжкими психічними розладами;

- діагностика і лікування психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги та скерування до фахівців з охорони психічного здоров'я, коли це потрібно;

- створення та підтримка початкових/долікарських етапів надання допомоги для виявлення та скерування осіб з психічними розладами до фахівців (фельдшерами, священиками, громадськими організаціями);

- використання здобутого досвіду інших країн регіону для надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я.

Запитання для контролю знань

1. Епідеміологія психічних розладів.
2. Основні проблеми в охороні психічного здоров'я.
3. Сучасна структура надання психіатричної допомоги в Україні.
4. Громадські форми допомоги та захисту осіб з психічними розладами.
5. Основні завдання надання психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Список використаної літератури

1. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / Морозов, П. В., Незнанов, Н. Г., Лиманкин, О. В. [и др.] // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 11—20.
2. Mental health in transition: assessment and guidance for strengthening integration of mental health into primary health care and community-based service platforms in Ukraine / Weissbecker, I., Khan, O., Kondakova, N. [et al.]. Washington, D.C. : World Bank Group, 2018. 142 p.
3. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения : Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / ВОЗ, 2006. URI: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf.

Розділ 4.

Вплив історичних та соціокультуральних факторів на психічне здоров'я

Вплив історичних та соціокультуральних чинників на психічне здоров'я населення, на своєрідність клінічної картини психічних та поведінкових розладів та на специфіку надання психіатричної допомоги вивчають спеціалісти з транскультуральної психіатрії, яка об'єднує декілька розділів соціальної психіатрії: крос-культуральну, культуральну та етнопсихіатрію.

Згідно з визначенням ВООЗ, культура — це сукупність усіх переконань, форм поведінки та цінностей, які передаються між членами тієї чи тієї групи за допомогою навчання; включає системи ідей та значень.

Розрізняють такі аспекти культур, що базуються на позиціях психологічного типу:

- індивідуалізм/колективізм або орієнтація на індивідуальні/групові цілі;
- ступінь толерантності до відхилень від прийнятих у культурі норм;
- ступінь уникання невизначеності у формальних правилах;
- маскуліність/фемініність, тобто оцінка у культурі властивостей, що розглядають як стереотипні для чоловіків/жінок, і ступінь заохочення традиційних гендерних ролей;
- складність культури, ступінь її диференціації;
- емоційний контроль, ступінь допустимої емоційної експресивності;
- близькість контактів або допустимі під час спілкування дистанції та дотики;
- дистанція між індивідом та владою, ступінь нерівності між вищими та нижчими;
- висока/низька контекстність або максимізація/мінімізація відмінностей у поведінці залежно від ситуації;

- дихотомія людина/природа або ступінь панування людини над природою, підкорення природі, життя у гармонії з природою.

R. Benedict розглядала сором та провину як основні регулятори соціальної поведінки людини і за цими параметрами розрізняла культуру, що базується на почутті провини, і культуру, що базується на почутті сорому. Представники цих культур використовують різні психологічні механізми захисту, що сприяють виконанню соціального контролю за нормативною поведінкою людини. Окрім почуття провини та сорому, особливе значення надається почуттю страху.

Страх являє собою сигнал попередження і тривоги для людини, якщо вона порушить або вже порушила будь-яке правило. У Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) в окремий діагностичний таксон виокремлений патологічний страх соціальних ситуацій — соціальна фобія, яка характеризується наявністю постійного страху перед соціальними ситуаціями, у процесі яких людину оцінюють, за нею спостерігають або з нею взаємодіють інші люди. Патологічний страх негативної соціальної оцінки потенціє формування постійної соціальної тривоги, хронічного стресу та психосоматичних розладів.

Прийнято вважати, що культура сорому властива для Сходу, а культура провини — для Заходу. Сором та провина — принципово різні регулятори поведінки. Виходячи з цього, можна припустити, що і механізми, які запускають соціально детерміновані захворювання, у цих культурах — різні. Найбільш показово ця закономірність простежується під час аналізу механізмів формування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, наркогенної патології, девіантної та суїцидальної поведінки.

4.1. Вплив історичної ситуації на психічне здоров'я

Вплив історичної ситуації на психічне здоров'я населення тепер визнають усі дослідники, що ведуть історико-психологічні та психіатричні дослідження. Ще К. Ясперс писав, що «не можна зрозуміти людину без розглядання її крізь призму її історичної мінливості та зумовленості». У різні періоди історії поширеність і захворюваність на психічні та поведінкові розлади має свою специфіку.

Соціальні психологи визначають *історичну ситуацію* як стан соціальної системи, часові межі якого визначені зміною соціальних параметрів, що мають психологічну значущість для членів суспільства з позиції їх самореалізації. Статичні характеристики історичної ситуації (соціально-економічні, політичні, культурні інститути

і відносини) розглядають як умови існування людини у суспільстві з погляду їх значущості для її життєдіяльності. Динамічні характеристики історичної ситуації оцінюють з точки зору їх психологічного ефекту.

Реакцію особистості на несприятливу історичну ситуацію можна підрозділити на декілька періодів.

Перший період — «стрес зупиненої самореалізації». У цей період особистість перебуває у стані фрустрації і психічної дезадаптації. Порушуються інтерперсональні комунікативні зв'язки, домінують непродуктивні поведінкові копінг-стратегії. У психічному статусі переважають депресивні розлади з соматовегетативним компонентом.

Другий період — період перебудови ціннісних орієнтацій, відновлення картини світу, що втратила цілісність та зрозумілість, корекція самооцінки та рівня домагань. Залежно від індивідуальних психологічних характеристик можливі кілька варіантів пояснення власної життєвої ситуації. Найчастішими є два психологічних варіанти пояснення: «Я — поганий» чи «Світ — поганий». Обидва — непродуктивні і по суті є варіантами невротичних механізмів психологічного захисту. Цілісність картини світу відновлюється лише на короткий термін, після якого людина опиняється у «стані безвір'я». Клінічно у психічному статусі таких осіб домінують невротичні та депресивні розлади.

Третій період — наростання кризи ідентичності та формування клінічно і психологічно окреслених її варіантів. Цей період характеризується прагненням до оновлення і пошуку нової віри і світоглядної позиції. Саме у цей період максимальною є потреба у цілителях та екстрасенсах, екзотичних для цієї культури релігіях та нових вченнях. Ці світоглядні установки стають масовими, що спричиняє зміни у масовій свідомості. Властиві періодам історичних подій глибокі емоційні потрясіння, аномія, екзистенціальна криза, економічні труднощі, що переживає популяція загалом, впливають на людей зовсім інакше, ніж потрясіння суто особистого характеру.

З огляду на великий вплив психосоціальних стресів на психічне здоров'я та психологічне благополуччя населення, ВООЗ вирішила в окремих таксон «стрес соціальних змін». **Стрес соціальних змін** — це дистрес, пов'язаний з радикальними і великомасштабними переминами в житті суспільства, здатними спричинити дезадаптацію у окремих людей, певних соціальних груп і навіть суспільства загалом («соціальна дезорганізація» суспільства).

4.2. Психосоціальні стреси та розлади психічного здоров'я

Психічна дезадаптація, що настала в результаті пережитого стресу соціальних змін, може перебігати як на донозологічному рівні, так і на рівні патологічної дезадаптації. На психологічному рівні це може виявлятися почуттям соціальної знедоленості, чужості новим соціальним нормам і системі цінностей, усвідомленням власної безпорадності й ізольованості, відчуттям «загнаності в клітку» і втраченою перспективою.

Психічна дезадаптація, спричинена соціальними потрясіннями, часто супроводжується кризою ідентичності. Термін «ідентичність» розуміють як сприйняття особистістю самої себе, а «кризу ідентичності» — як втрату відчуття самої себе як особистості, нездатної прийняти роль, яку їй диктує суспільство на цій стадії своєї історії, або прийнявши її — адаптуватися до неї.

Психічна дезадаптація найчастіше проявляється психологічним дискомфортом, порушеннями сну, емоційною лабільністю, астеничними проявами та тривогою. Зазвичай на цьому етапі соціальне функціонування істотно не порушено і люди не звертаються по медичну і психологічну допомогу. Однак, дослідження, проведені серед 12 575 співробітників органів внутрішніх справ, показали, що ризик трансформації донозологічних проявів психічної дезадаптації в клінічно оформлені невротичні та пов'язані зі стресом розлади, якщо немає профілактичних та корекційних заходів, збільшується в 2,7 раза.

Клінічні дослідження розладів адаптації, пов'язаних з розпадом СРСР 1991 року, дали змогу вирізнити три варіанти поведінкових стратегій на першому етапі соціально-стресових подій: аномічний, дисоціальний та магіфренічний (Б. С. Положий, 2009).

1. Аномічний варіант проявляється своєрідною аномічною депресією, втратою соціальних орієнтирів, ідеалів та життєвої перспективи, зниженням активності та цілеспрямованості, зниженням самооцінки, замкненістю, пасивним очікуванням розв'язання власних проблем. Цей стереотип поведінки сприяє розвитку соціально-побутової та професійної дезадаптації.

2. Дисоціальний варіант виникає у осіб, що мають збудливий та нестійкий тип акцентуацій характеру. У цих особистостей переважає афективна лабільність, конфліктність, тенденція до руйнівної поведінки та безкомпромісних суджень. Ці особи можуть примикати до різних акцій, надаючи їм агресивно-деструктивного характеру. Крім того, їх часто можна бачити у кримінальному середовищі.

3. Магіфреничний варіант формується у осіб, що мають залежний, істеричний та тривожний типи акцентуації характеру. Він зумовлений як соціокультуральними передумовами (екзистенціальний вакуум в суспільній свідомості на тлі стресу соціальних змін, тоталітарна свідомість населення) так і особистісно-психологічними особливостями. У них низька самооцінка і підвищений рівень сугестивності, переважають невротичні механізми психологічного захисту і магічне мислення, яке формує поведінку, світогляд і весь стиль їхнього життя. Таких осіб відрізняє підвищений інтерес до метафізичних проблем, до всього ірраціонального та паралогічного.

У нормі магічне мислення властиве примітивним культурам та дітям, а як психопатологічний феномен воно виявляється при шизофренії та обсесивно-компульсивних розладах.

У періоди історичних потрясінь суспільству загалом властива «метафізична ураженість» (активний інтерес до астрологів, екстрасенсів, чаклунів, ясновидців тощо), оскільки магічний стиль мислення має характер захисного психологічного механізму і знижує рівень тривоги та напруженості. Магічний варіант кризи ідентичності може спричинити небезпечні соціальні наслідки. Яскравим прикладом може бути діяльність секти «Біле братство». Прояви «кризи ідентичності» клінічно поліморфні, але їх об'єднує соціально-стресовий механізм виникнення.

Психосоціальні стреси впливають не тільки на психічне здоров'я людини, а і на її соматичний стан. Для більш об'єктивної оцінки вираженості та характеру стресових ситуацій Т. Н. Holmes & R. Н. Rahe розробили шкалу оцінки соціальної адаптації, що визначає рівень пристосованості до стресових ситуацій. Вони вирізнили 43 ситуації, які найчастіше трапляються у житті, і обчислили, скільки умовних «стресових одиниць» «важить» кожна з них.

При сумі менш як 150 «стресових» одиниць, що характеризують зміни життя за попередні два роки, — низький рівень стресу та низька ймовірність стресових розладів (менше ніж 30 %). У діапазоні 150—299 одиниць ризик розвитку розладу — близько 50 %. Сума понад 300 одиниць збільшує ризик стресового розладу майже до 80 %.

4.3. Вплив соціокультуральних факторів на клінічні прояви психічних та поведінкових розладів

В міжнародних дослідженнях, що проводили під егідою ВОЗ, встановлено, що соціокультуральні фактори більшою мірою впливають на формування і клінічні особливості непсихотичних психічних

розладів і залежностей від психоактивних речовин і мають менший вплив при шизофренії. Шизофренію діагностують практично з однаковою частотою у різних суспільствах. Дослідники дійшли висновку, що загалом шизофренія — універсальний психічний розлад, але і при ньому є деякі міжкультуральні відмінності в психопатологічній картині і перебігу, тривалості ініціального періоду та ремісій. Т. Сорокіна і Р. Євсегнеєв провели клініко-генетичні дослідження, які дали змогу їм припустити, що генетично детермінований загальний стереотип розвитку хвороби (тип перебігу, ступінь прогредієнтності тощо), а соціокультуральні фактори більшою мірою впливають на своєрідність психопатологічного оформлення хвороби (фабула марення, певна частка галюцинаторних переживань, особистісна переробка психопатологічних феноменів, частота суїцидальної поведінки тощо).

Поширеність і захворюваність на непсихотичні психічні розлади, залежність від психоактивних речовин та олігофренія виявляють недвозначний зв'язок з соціокультуральними особливостями. У дослідженнях встановлений зворотний зв'язок між тяжкістю психічного розладу і внеском в його розвиток культуральних факторів.

Вплив культуральних факторів особливо яскраво простежується при невротичних і соматоформних розладах, при яких внесок біологічних факторів становить близько 30 %, ранній розвиток — близько 25 %, а соціокультуральні фактори становлять 49 %.

4.4. Соціокультуральний патоморфоз невротичних розладів

Частота неврозів — вища у країнах із швидко змінюваною соціально-економічною структурою і в урбанізованих регіонах із високою щільністю населення. Тяжкий економічний стан, безробіття та втрата соціальної перспективи потенціують розвиток розладів невротичного регістру.

Рівень невротичних і соматоформних розладів — вищий у емігрантів, біженців і переселенців, у осіб, що переїхали із села у місто і навпаки, внаслідок того, що вони переживають культурний шок і психологічний конфлікт, зумовлені процесами акультурації. Невротичні розлади частіше діагностують у віковому діапазоні 25—40 років у осіб, що роблять розумову працю, виконують роботу на конвеєрі і у адміністративного персоналу. Жінки частіше, ніж чоловіки, хворіють на невротичні розлади. Особливо вразливі жінки залежні і такі, що змушені підкорятися, самотні і ті, що виховують дитину самостійно. Серед чоловіків до групи ризику належать особи, які мають проблеми з самореалізацією (невдала кар'єра, нездійснені

мрії тощо). У періоди історичних перетворень найбільш вразливі підлітки та люди похилого віку.

Соціокультуральні фактори впливають не лише на частоту пограничних розладів, а й на їх клінічне оформлення. Деякі психопатологічні симптоми і синдроми трапляються винятково у певних етнічних і культуральних групах (серед них найбільш відомі — амок, коро і лата).

На клінічне оформлення невротичних і соматоформних розладів суттєвий вплив має історична епоха з властивими їй культуральними особливостями. Аналіз клінічних особливостей пацієнтів з неврозами за 40-літній період (40—50-ті роки ХХ сторіччя) показав наявність патоморфозу цих розладів. Наприкінці 40-х років переважала невротична депресія, 50—60-ті роки характеризувались збільшенням кількості хворих на неврастенію, у 70-ті роки переважали фобічні розлади, а для кінця 80-х років найбільш властивим був невроз нав'язливих станів. Істеричний невроз частіше спостерігався наприкінці 20, 40, 70, 80-х років.

Тенденція патоморфозу розладів відзначається з 80-х років. Характерно також, що, починаючи з 40-х років, спостерігається тенденція до збільшення тривалості неврозів, а з 80-х років — тенденція до їх затяжного перебігу з переважанням іпохондричного, депресивного і тривожно-фобічного варіантів, а також їх трансформація у невротичний розвиток з патохарактерологічними змінами особистості. В 80-і роки зафіксовано також збільшення тяжкості хворобливих проявів з переходом до ієрархічно більш ранніх соматизованих розладів. Під час порівняльного аналізу перебігу неврозів і неврозоподібних станів у 1975 та 1995 роках виявлено, що, якщо 1975 року переважали класичні неврози, то у подальшому спостерігався розвиток патології, яку умовно називають соматоневрозами. У 90-х роках у клінічній картині неврозів переважали функціональні розлади з боку серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи, алергічні прояви, а психопатологічна картина захворювання часто відповідала синдрому хронічної втоми.

Одним із можливих пояснень соматизації неврозів може бути концепція Th. Uexkull, в якій вирізняють специфічні для індустріальних культур функціональні синдроми. Відповідно до цієї концепції, процес соматизації у сучасному суспільстві має адаптивне значення до вимог, що висуває соціум до особистості.

F. Dunbar і його послідовники, вивчаючи чотири основних способи уникання тривоги і механізм соматизації під впливом соціокультуральних факторів, дійшли висновку, що в індустріальному

та постіндустріальному суспільстві форсуються певні особистісні особливості і риси характеру, які зумовлюють неадекватний тип реагування на стрес, що спричиняє психосоматичний розлад.

Зокрема, у культурі, де високо цінується успіх у кар'єрі, до групи ризику коронарних захворювань належать підвищено честолюбні, що прагнуть успіху особи, які не вміють відпочивати та розслаблятися. Тип жінок, готових до самопожертви, не схильних до виявлення негативних емоцій і таких, що уникають конфліктів, належить до групи ризику раку молочної залози.

Найбільш виражена залежність характеру клінічного оформлення від соціокультуральних впливів при істерії. Істерію певною мірою можна вважати «барометром епохи». Після «сексуальної революції», яка почалася в 60—70-ті роки ХХ сторіччя різко зменшилась кількість грубих конверсійних розладів (істеричні паралічі, сліпота, глухота тощо), але одночасно різко збільшилась кількість психосоматичних захворювань.

Під час аналізу динаміки клінічної картини істеричних розладів за 50 років (1935—1985 роки) окрім соматизації істеричних проявів було виявлено також перерозподіл провідних клінічних синдромів істеричних розладів зі збільшенням частки невротичних і патохарактерологічних синдромів і зменшенням — психотичних. У 90-ті роки ХХ сторіччя при неврозах спостерігаються розлади, пов'язані з широко рекламованими у мас-медіа феноменами: екстрасенсорикою, магією, астрологією.

Численними дослідженнями доведено, що природа конфліктів та механізмів психологічного захисту культурально детерміновані. Провідна роль у формуванні невротичного конфлікту належить суб'єктивним позиціям особистості, які формувались у певний історичний період з характерними соціокультурними умовами.

Основними факторами психологічної стійкості як для стабільного, так і для нестабільного суспільства є індивідуально-психологічні особливості особистості, її установки та світосприйняття.

У нестабільному суспільстві, яке переживає історичні перетворення, виявлений кореляційний зв'язок між рівнем доходу і психологічним станом людини. Для психічного здоров'я людини у посттоталітарному суспільстві особливої важливості набули такі фактори: впевненість у своєму майбутньому і майбутньому сім'ї, економічні та екологічні перспективи суспільства, можливість особисто взаємодіяти з соціальною системою для розв'язання власних матеріальних і кар'єрних проблем.

4.5. Соціокультуральні дослідження депресивних розладів і суїцидальної поведінки

За даними крос-культурального дослідження депресивних розладів у країнах з різною культурою (Швейцарія, Канада, Іран, Японія), проведеного під егідою ВОЗ, встановлено, що, з одного боку, депресивні розлади в різних країнах мають багато спільних клінічних ознак, а з другого — є низка культуроспецифічних особливостей.

Клінічна картина класичної ендогенної депресії спостерігається переважно лише серед населення Європи та Північної Америки і дуже рідко — в Африці, Південній Америці та Індонезії. У Нігерії, Індонезії та Кенії у клінічній картині депресивних розладів переважає іпохондрична симптоматика, у Колумбії — соматичні та сексуальні розлади, серед корінного населення Чукотки — моторна загальмованість, мутизм і періодичні напади страху.

У порівняльних дослідженнях пацієнтів європейської та азійської культур виявлено, що серед пацієнтів азійської культури переважає соматизована депресія.

А. Sadek, провівши транскультуральне дослідження ендогенної депресії, дійшов висновку, що тяжкість депресії позитивно корелює з жорсткістю соціальних, моральних та релігійних норм. Взаємозв'язок між тяжкістю депресивних фаз та історичною епохою, у якій формувалась особистість, підтверджений у роботі Л. С. Драгунської. За її спостереженнями, у пацієнтів старшого покоління (понад 60 років) депресія перебігає у вигляді тяжких класичних фаз. Психологічно ці хворі характеризувались міцно засвоєними стабільними стереотипами поведінки і ригідною, дещо ретардованою системою цінностей. Ці характеристики відбивають однаковість і жорсткість соціальних норм стосовно світоглядних, поведінкових стратегій та ієрархії цінностей у епоху, коли формувались особистісні властивості цих пацієнтів. Показово, що, згідно з даними анамнезу, депресивні фази перебігали тяжко у цих осіб і у молодому віці.

Під час досліджування пацієнтів з України та Сирії були встановлені такі культуральні особливості. У пацієнтів з України депресивний афект більш виражений, відзначається тривога, пригніченість, песимізм, почуття провини перед близькими, ідеї самообвинувачення і самоприниження. У пацієнтів із Сирії була виражена соматизована депресія. Хворі скаржились на апатію, слабкість, розбитість, диспептичні розлади, сенестопатії. Ці стани супроводжувались

іпохондричними та обсесивними симптомами, відзначались ідеї гріховності. Серед українських пацієнтів кожний четвертий скоїв суїцидальну спробу, кожний третій мав суїцидальні наміри. Серед сирійських пацієнтів суїцидальних спроб не було. Пацієнти також відкидали і суїцидальні думки, мотивуючи це тим, що самогубство є великим гріхом в ісламі. Особливості світогляду дуже важливі в генезі суїцидальної поведінки.

Під час аналізу динаміки завершених суїцидів в Україні за 35 років (1982—2016) були також виявлені кореляції з соціокультуральними чинниками, що дало змогу вирізнити чотири періоди в динаміці рівня самогубств.

1. *Період зниження суїцидальної смертності* («застій» та антиалкогольна кампанія): 1982—1988 рр. Найвищий показник суїцидальної смертності в УРСР зафіксований 1982 року (25,06 самогубств на 100 тис. населення). Протягом наступних чотирьох років кількість суїцидів скоротилося майже в 1,4 раза і досягла мінімуму 1986 року (18,47 самогубств на 100 тис. населення).

2. *Період збільшення суїцидальної смертності* за часів «кризи після розпаду СРСР» (1991—1996 рр.). За період з 1991 до 1996 року рівень завершених суїцидів збільшився в 1,4 раза — з 20,6 самогубств на 100 тис. населення 1991 року до 29,4 — 1996 року.

3. *Період стабілізації суїцидальної смертності* (1996—2000 рр.) характеризується стабільно високим рівнем суїцидів протягом 4 років. Історично цей період збігся з поступовим поліпшенням економічної ситуації, з подальшою несподіваною для населення економічною кризою 1998 року. Максимум завершених суїцидів зафіксований 1996 року і цей показник залишався стабільно високим в 1997 і 1998 роках.

4. *Період зниження суїцидальної смертності* (2000—2015 рр.) характеризується зниженням рівня поширеності суїцидів. З 2006 року Україна з групи країн з високим або «критичним» рівнем суїцидів (понад 20 самогубств на 100 тис. населення) перемістилася в групу країн із середнім рівнем поширеності самогубств. Згідно з статистичними даними, за період проведення антитерористичної операції (АТО) та операції об'єднаних сил (ООС) суїцидальна смертність в Україні дещо знизилась, що відповідає основним тезам соціологічної теорії Е. Дюркгейма. Зокрема, 2015 року смертність населення від навмисних самоушкоджень дорівнювала 17,7 на 100 тис. населення.

4.6. Соціокультуральні аспекти адиктивної поведінки

У численних дослідженнях істориків, культурологів, психологів і етнонаркологів показано, що психоактивні речовини використовують всі народи і в усі часи. У сучасному суспільстві споживання психоактивних речовин — історично усталений звичай. Із покоління в покоління передаються традиції їх споживання. Представники слов'янської культури віддають перевагу горілці, французи — вино, німці — пиво, жителі гірських селищ Мексики і Гватемали — кактусу «пейотль» та грибам-галюциногенам. Важливу роль у культуральній специфіці алкогольної залежності відіграють біологічні чинники, зокрема генетично детерміновані особливості етанолокисних систем, з якими пов'язують відмінності у вазомоторних реакціях на алкоголь у представників монголоїдної та європейської рас. Реакція почервоніння обличчя після вживання навіть невеликої кількості алкоголю спостерігається у 3—29 % європейців і у 47—82 % представників східних народів.

В Американському національному дослідженні показано, що найбільший внесок у поширення алкогольної залежності у популяції роблять соціокультуральні та середовищні чинники. На етапі епізодичного споживання алкоголю і на першому етапі формування залежності внесок культуральних факторів у формування патологічної залежності особливо великий. Серед культуральних факторів найбільш значимі особливості світогляду (релігійний, атеїстичний тощо), структура сім'ї, доміантний тип виховання у дитинстві та культуральна мотивація до вживання алкоголю.

У крос-культуральних дослідженнях вирізняють такі різновиди вживання алкоголю:

- ритуальне — вживання алкоголю з соціальних приводів, яке приписується культурою (наприклад, при народженні дитини, вступі у шлюб, завершенні ділових переговорів);
- соціальне — вживання алкоголю у групі при тій чи тій соціальній події або церемонії, що кількісно часто диктується культурою;
- ескапістське — вживання алкоголю, мотивоване бажанням або потребою уникнути неприємного настрою або ситуації, з метою адаптації або для пригнічення негативних емоцій.

Захворюваність на алкогольну і наркотичні залежності залежить також від соціально-економічної ситуації у суспільстві. Найбільш патогенними є такі періоди:

— стрімкі темпи соціальних перетворень, що сприяють різкому розшаруванню різних соціальних груп і утворенню безодні

між багатими та бідними. У ці періоди не лише збільшується кількість осіб, залежних від психоактивних речовин, але й змінюється соціально-демографічна і мотиваційна структура споживачів;

— тяжкий економічний стан, безробіття. У періоди економічного спаду та зростання безробіття збільшуються показники продажу вина та пива. Криві споживання алкоголю та смертності від цирозу печінки йдуть вгору з падінням рівня економічної стабільності;

— громадянські війни, революції, стрімка модернізація економіки. Є стійкий та високо відтворюваний зв'язок рівнів алкоголізації населення і періодів наростання системних кризових явищ у країні;

— урбанізація та пов'язана з нею міграція сільської молоді у міське, космополітичне, середовище, де вона переживає культурний шок та психологічний конфлікт, зумовлений процесами акультурації. Ламається колишня система цінностей, ослаблюються традиційні сімейні зв'язки, виникає розрив між поколіннями, втрачається соціальна підтримка;

— примушування до вживання психоактивних речовин з метою експлуатації.

4.7. Релігійна ідеологія та психічне здоров'я

Сучасні дослідження показали, що релігія допомагає людям знайти сенс життя, захищає від моральної і невротичної тривоги та страху смерті і невідомості, а також допомагає подолати стресові ситуації. Вона може дати людині сильне почуття захищеності та впевненості у майбутньому.

Релігійні переживання займають велике місце у «психологічній реальності» людини. Вони міцно пов'язані з системами та ієрархією цінностей, почуттями, суб'єктивним досвідом та поведінкою людей.

Релігія також може служити задоволенню когнітивних потреб. Соціальні психологи виявили, що люди відчують потребу у когнітивній узгодженості. Тому людина сприймає ті переконання (релігійні і нерелігійні), котрі узгоджуються з її цінностями, уявленнями про світ та своє місце у ньому.

R. M. Ryan et al. (1993) провели дослідження, в яких показали, що способи засвоєння релігійних переконань впливають на психічне здоров'я. Позитивно впливає на психічне здоров'я спосіб засвоєння релігійних переконань через ідентифікацію, тобто сприйняття людиною релігійних цінностей як своїх власних, не нав'язаних їй зовні. Другий спосіб — спосіб інтерналізації, при якому релігійні цінності розділяються та засвоюються лише частково, — не дуже

благотворний для психічного стану людини. J. Gartner et al. (1991) проаналізували понад 200 публікацій присвячених вивченню зв'язку між психічним здоров'ям та релігійністю. Вони дійшли висновку, що зв'язок між психічним здоров'ям та релігійністю є та він — неоднозначний.

Є такий зв'язок між релігійністю та психічним здоров'ям:

- релігійність корелює з низькими рівнями депресії і суїцидальної поведінки;
- релігійність пов'язана з низьким споживанням алкоголю та наркотиків;
- релігійність пов'язана з низькими рівнями делінквентності;
- релігійність асоціюється з суб'єктивним відчуттям благополуччя та довгожителством;
- є позитивний зв'язок між релігійністю і низьким рівнем розлучень.

Релігійність пов'язана з такими психологічними феноменами:

- релігійний консерватизм пов'язаний з авторитаризмом;
- релігійна ортодоксальність пов'язана з догматизмом і нетерпимістю до невизначеності;
- релігійність пов'язана з навіюваністю.

4.8. Вплив сім'ї та виховання на психічне здоров'я

Психічне здоров'я нерозривно пов'язане з внутрішньосімейними міжособистісними взаєминами (між подружжям, батьками та дітьми, сиблінгами), рольовими стосунками у сім'ї, стереотипами поведінки членів сім'ї у ситуації стресу, психологічними та соціальними стратегіями та ресурсами, які вони використовують для його подолання. У генезі психічних та поведінкових розладів стиль сімейних взаємин та виховання дитини відіграє важливу роль.

А. Є. Личко та Е. Г. Ейдемільер вирізнили такі типи сімейного виховання дітей з акцентуованими рисами характеру і розладами особистості:

- гіпопротекція (гіпоопіка), що сприяє розвитку гіпертимності і нестійкості поведінки дитини;
- поблажлива гіперпротекція, яка сприяє розвитку істероїдних і гіпертимних рис характеру;
- домінантна гіперпротекція, яка посилює астенічні риси характеру;
- емоційне відкидання дитини, що сприяє формуванню акцентуації за епілептоїдним типом;

— підвищена моральна відповідальність, яка стимулює розвиток психастенічного характеру.

Різні типи виховання мають також велике значення для формування культуральної своєрідності особистості і таких особистісних властивостей:

- тип психологічної культури, що визначає ціннісну орієнтацію та соціальні пріоритети;
- структурні властивості особистості (цільність — розщепленість, послідовність — суперечність, стійкість — мінливість, глибина — поверховість);
- системні властивості особистості (залежність — незалежність, адаптивність — неадаптивність, врівноваженість — невраваженість, залучення — незалучення у соціальні процеси);
- взаємини у системі «Я» та «Інші» (ставлення до людей, до суспільства, до соціальної діяльності);
- механізми ідентифікації (особистісної, соціальної);
- Я-структура особистості (образ «Я» реального, ідеального, соціального);
- самооцінка особистості. Люди з низькою самооцінкою більш чутливі до соціальних потрясінь і схильні до невротичних та соматоформних розладів;
- рівень домагань особистості;
- ієрархія потреб. Особи з домінуванням потреб самоповаги та самоактуалізації більшою мірою схильні до соціально-стресових розладів;
- вираження задоволення екзистенціальних потреб;
- здатність до формування зрілих психологічних захисних механізмів і вміння ослабити фрустрацію. Особи з домінуванням незрілих (невротичних) механізмів психологічного захисту схильні до соціально-стресових розладів;
- здатність до перебудови ціннісних орієнтацій у несприятливій історичній ситуації;
- переконання людини.

Уразливіші для стресових ситуацій особи, що дотримуються ірраціональних переконань стосовно того, що відбувається. Сім'я забезпечує почуття безпеки усіх своїх членів, зменшує у них почуття напруження та тривоги, в ній забезпечується задоволення сексуальних, батьківських, комунікативних і частково — соціальних потреб. У дисфункціональних сім'ях частіше діагностують невротичні та депресивні розлади у подружжя. Діти, що виростили у таких сім'ях,

вірогідно частіше мають психологічні проблеми і проблеми з психічним здоров'ям. Вони більш схильні до девіантних і адиктивних форм поведінки й інших соціально детермінованих психічних та поведінкових розладів.

Запитання для контролю знань

1. Надайте характеристику реакції особистості на несприятливу історичну ситуацію.
2. Соціокультуральний патоморфоз психічних розладів.
3. Вплив психосоціальних стресів на психічне здоров'я населення.
4. Вплив родини і виховання на психічне здоров'я.
5. Основні фактори психологічної стійкості.

Список використаної літератури

1. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / під ред. проф. Л. М. Юр'євої. Київ : Вид-во Галерея Принт, 2017. 174 с.
2. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. 2-е изд. Москва : Медицинское информационное агентство, 2009. 544 с.
3. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія / за ред.: П. В. Волошин, Н. О. Марута. Харків : Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.
4. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев : Сфера. 2002. 314 с.

Частина II.

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Розділ 1.

Особливості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію із коморбідними соматичними станами

1.1. Поширеність соматичних хвороб, коморбідних з шизофренією

Згідно з даними ВООЗ, шизофренія є важким психічним порушенням, яким в усьому світі страждають понад 20 мільйонів чоловік. Психічні розлади, і зокрема шизофренія і розлади шизофренічного спектра, асоційовані з високою частотою супутніх соматичних захворювань, рівень яких набагато вище, ніж в популяції загалом.

Психічні розлади давно визнані системними захворюваннями з багатьма проявами, які не є суто психічними симптомами. Зокрема, 70—90 % хворих на шизофренію мають соматичні порушення, а тільки в 34—38 % із них соматичні захворювання не діагностовані.

Під час аналізу результатів, отриманих в дослідженні CATIE (клінічне дослідження ефективності застосування антипсихотиків), продемонстровано, що 58 % пацієнтів із психічною патологією мають як мінімум одне, а у 9 % діагностовано понад 4 тяжкі соматичні захворювання.

Сучасні дослідження показали, що до найбільш поширених соматичних захворювань, які поєднуються з психічними розладами, належать кардіоваскулярна патологія (зокрема гіпертонія — 20 %), цукровий діабет 2 типу (19 %), гіперліпідемія (14 %).

1.2. Вплив коморбідної соматичної патології на клінічні прояви шизофренії та на ефективність лікування хворих з цією психопатологією

Наявність соматичних захворювань при шизофренії істотно ускладнює проведення адекватної психофармакотерапії і погіршує перебіг і результат як шизофренії, так і соматичного захворювання. Саме соматична патологія є причиною підвищення рівня смертності

вдвічі-втричі при психічних розладах і зменшення тривалості життя на 10—25 років.

Коморбідна соматична патологія впливає не тільки на підвищення показників захворюваності і смертності. Коморбідність ендogenousного процесу з соматичним захворюванням знижує якість життя та адаптаційні можливості хворих. У зв'язку з цим питання лікування шизофренії, якщо є коморбідні їй соматичні захворювання, набувають особливої актуальності.

Наявна психіатрична стигма ускладнює для хворих на шизофренію отримання адекватного лікування соматичної патології в поліклініках і стаціонарах соматичного профілю. Адекватну корекцію соматичних порушень у хворих на шизофренію ускладнює і поширена у них «патологічна поведінка» якщо в них є соматичне захворювання.

Велика кількість проведених на сьогодні досліджень присвячена вивченню оцінки побічних ефектів і мінімізації ризику формування та обтяження соматичної патології. Як стандарт під час надання психофармакологічної допомоги хворим на психічні розлади із коморбідною соматичною патологією є обов'язкове врахування всього спектра побічних дій антипсихотиків і ризиків можливих взаємодій між ліками.

1.3. Проблеми вивчення коморбідності соматичної патології та шизофренії

Аналіз літератури свідчить про те, що серед наявних публікацій переважають роботи з вивчення впливу ендogenousного захворювання або наслідків його терапії на перебіг і прогноз соматичних розладів. Вивченню особливостей клініки та перебігу ендogenousного процесу, обтяженого соматичною патологією присвячено обмежену кількість досліджень, сфокусованих переважно на обстеженні хворих з метаболічними порушеннями. Не вирішеними залишаються питання специфіки соціально-психологічного функціонування і адаптаційно-компенсаторних можливостей хворих на психічні розлади та хвороби залежності з поєднаною соматичною патологією, а також взаємний вплив психічних розладів, поєднаних із іншою психічною патологією.

Відкритими також є питання психосоматичних кореляцій і оптимізації психофармакотерапії у цього контингенту хворих. Перелічені питання мають важливе значення з точки зору використання нових ефективних лікувально-реабілітаційних стратегій та потребують ґрунтовного вивчення.

1.4. Провідний інструментарій для дослідження коморбідності шизофренії та соматичної патології

Як інструментарій дослідження коморбідних патологій застосовують такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний та математико-статистичний.

Клініко-психопатологічний метод полягає у збиранні анамнестичних даних, проведенні клінічного інтерв'ю, спостереженні за хворими, оцінюванні симптомів, синдромів, їх динаміки та доповнюється використанням психометричних оціночних шкал: клінічної рейтингової шкали позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) (Мосолов С. Н., 2001), шкали особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale (PSP) (Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R., 2000), короткої форми опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey (SF-36) (Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D., 1993), шкали оцінки медикаментозного комплаєнсу (Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вукс А. Я., Вид В. Д., 2007) та субшкали CGI-I шкали загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale).

Психодіагностичний метод використовують для вивчення особливостей усвідомлення, сприйняття та ставлення до психічної та соматичної хвороби у обстежених хворих, із застосуванням таких методик:

1. Модифікований варіант методики Дембо — Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного та фізичного здоров'я (Яньшин П. В., 2007);
2. Адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) (Абрамов В. А., Осокіна О. І., Студзінський О. Г., Ушенін С. Г., 2011);
3. Короткий опитувальник сприйняття хвороби (BIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. та співавт. (2017);
4. Методика для виявлення типів ставлення до хвороби (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я., 2005).

Використання такого комплексу методів дає змогу оцінити клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості хворих на шизофренію з соматичною коморбідністю, рівень їх психосоціальної адаптації, якості життя, що стало підґрунтям для розроблення діагностичних критеріїв лікувальних та реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів.

1.5. Фактори етіопатогенезу патології формування шизофренії з коморбідними соматичними розладами

За даними аналізу предикторів формування шизофренії з коморбідними соматичними розладами визначено, що в етіопатогенез такої патології залучені отакі фактори:

— у формуванні коморбідності з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) — зловживання ПАР в анамнезі; спадкова обтяженість адиктивними розладами;

— у формуванні коморбідного ожиріння — спадкова обтяженість психічною патологією (афективні, невротичні та розлади особистості, що фіксувались у батьків) та ожирінням;

— у формуванні коморбідного цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) встановлено достовірне переважання спадкової обтяженості ЦД (без визначення типу).

1.6. Форми шизофренії та коморбідна соматична патологія

Більшість хворих з коморбідними шизофренією та соматичними хворобами мають параноїдну її форму (F20.0). До того ж серед хворих з ожирінням представленість решти форм шизофренії є набагато меншою.

Серед інших форм шизофренії у хворих з ССЗ превалюють резидуальна (F20.5) та недиференційована (F20.3) форми; у хворих з ЦД 2 — резидуальна (F20.5); у хворих із ожирінням — резидуальна (F20.5) та проста (F20.6) форми.

За типом перебігу шизофренічного розладу серед хворих з ССЗ та з ЦД 2 достовірно частіше відзначається безперервний тип перебігу.

Епізодичний тип перебігу у хворих на шизофренію з ССЗ та з ЦД 2 представлений переважно епізодичним ремітуючим типом; у хворих з ожирінням — епізодичним типом зі стабільним дефектом.

У більшості хворих соматичну патологію вдається діагностувати вже після встановлення діагнозу шизофренія.

Загалом, за результатами аналізу клініко-динамічних характеристик психотичного розладу шизофренія з коморбідними соматичними захворюваннями характеризується переважно маніфестацією в молодому віці, значною тривалістю (понад 15 років), збільшенням кількості госпіталізацій протягом року та превалюванням безперервного типу перебігу (при шизофренії з ССЗ та з ЦД 2). Тобто поєднання шизофренії з соматичними захворюваннями виявляється більш «злоякісними» варіантами перебігу психотичного розладу.

1.7. Особливості проявів психопатології різних сфер психічної діяльності хворих при коморбідності соматичної патології та шизофренії

Є певна специфіка клінічних проявів патології у разі поєднання шизофренії з соматичними розладами.

Специфіка розладів відчуття та сприйняття у хворих виявляється наявними сенестопатіями при шизофренії з ССЗ та з ожирінням, гіперестезіями (при шизофренії з ЦД 2) та складними галюцинаціями, серед яких окрім слухових та зорових, вагому частину становили вісцеральні галюцинації та галюцинації шкірного відчуття.

Специфіка порушень емоційної сфери у хворих визначається превалюванням «в'язкості» та достовірно меншою представленістю лабільності емоцій при шизофренії з ССЗ та при шизофренії з ожирінням, а також експлозивністю емоційних реакцій при шизофренії з ЦД 2, що виявляється накопиченням емоційного збудження з його подальшою неконтрольованою розрядкою.

Структура розладів настрою хворих характеризується наявними та вираженими емоційними розладами, передусім, депресивного спектра: гіпотимією у хворих на шизофренію з ССЗ, дисфорією у хворих з ЦД 2 та ожирінням.

Хворі з соматичними розладами, незалежно від їх варіанту, характеризуються поєднанням декількох розладів настрою одночасно, здебільшого поєднувались розлади депресивного спектра (гіпотимії, дисфорії, апатії) з тривогою та страхами.

Згідно з результатами аналізу структури та вираженості клініко-психопатологічної симптоматики хворих встановлено, що поєднання шизофренії з соматичними захворюваннями характеризується більш високим рівнем вираженості психопатологічної симптоматики, особливо у хворих на шизофренію з ССЗ та з ЦД 2 (рис. 1.1).

В структурі позитивної симптоматики хворих достовірно більш вираженою виявляється така: галюцинації (при шизофренії з ССЗ та ЦД 2) та збудження (при шизофренії з ЦД 2).

Структура негативної симптоматики у хворих є такою: при шизофренії з ССЗ відзначається більш виражена емоційна відчуженість, при шизофренії з ожирінням — набагато вища вираженість негативної симптоматики загалом та, зокрема, емоційної відчуженості, збіднення контактів та пасивно-апатичної соціальної відстороненості. Окрім того, негативна симптоматика у хворих з ожирінням набагато більшою мірою превалює над позитивною, що свідчить про зниження психоенергетичного тону та виражений психоемоційний дефект.

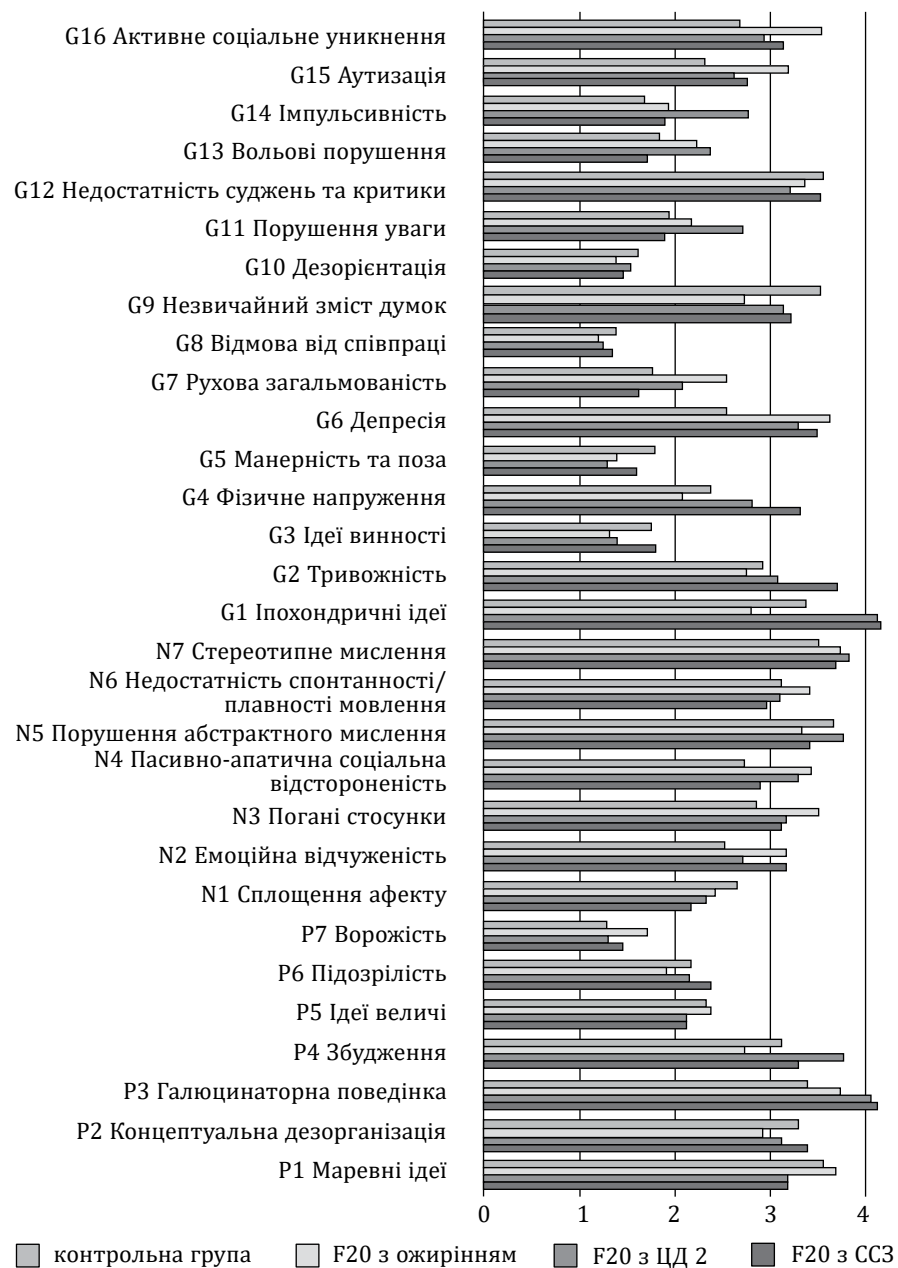


Рис. 1.1. Структура та вираженість клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на шизофренію з соматичною патологією за даними шкали PANSS

Загальна психопатологічна симптоматика виявляється набагато вираженішою у хворих з СС3 та ЦД 2. Структура загальної психопатологічної симптоматики хворих з СС3 характеризується істотно вищими показниками за шкалами іпохондризації, тривожності, депресії, фізичного напруження та значною вираженістю галюцинаторної поведінки. У хворих з ЦД 2 серед загальних психопатологічних симптомів вираженішими є іпохондричні ідеї, депресія, імпульсивність, порушення уваги та галюцинаторна активність.

У структурі загальної психопатологічної симптоматики у хворих з ожирінням більш виражена депресія, а також істотно вищі показники за шкалами соціального уникнення, аутизації та рухової загальмованості. Показники ж незвичайного змісту думок у хворих з ожирінням виявляються, навпаки, менш вираженими. Специфікою клініко-психопатологічних проявів шизофренії, що поєднана з ожирінням, є переважання негативної симптоматики над позитивною, соціальна відгородженість, погані стосунки та депресивні переживання.

Отже, поєднання шизофренії з соматичними розладами відображається на заглибленні та особливостях психопатологічної симптоматики, зниженні рівня соціальної реалізації хворих та потребує прицільної уваги фахівців під час розроблення стратегій лікування та реабілітації.

1.8. Критерії ризику поєднання шизофренії з конкретними варіантами соматичних розладів

За даними частотного аналізу предиспозиційних факторів формування, а також особливостей клініко-психопатологічної структури шизофренії у хворих можна визначити діагностичні клініко-психопатологічні ознаки (критерії ризику) поєднання шизофренії з конкретними варіантами соматичних розладів.

Найбільш інформативними ознаками ризику СС3 при шизофренії визначено: тривалість психотичного розладу понад 15 років; наявна депресивна симптоматика помірного та вищого ступеня вираженості; вищий за помірний рівень тривожності; іпохондричні ідеї помірного та вищого ступеня вираженості; зловживання психоактивними речовинами в анамнезі та емоційна відчуженість — вища за слабкий рівень вираженості.

СС3 при шизофренії достовірно немає, якщо є лише такі ознаки разом: вік хворого до 30 років; немає або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики та/або ознак тривожності; кількість

госпіталізацій не більше однієї на рік. Якщо є інші ознаки, це може збільшити рівень диференціації антиризиків ССЗ.

Ознаками ризику цукрового діабету 2 типу у хворих на шизофренію є професійна незайнятість; наявні симптоми збудження помірного та вищого рівня; тривалість психотичного розладу понад 15 років та порушення уваги помірного та вищого ступеня вираженості.

Для диференціації антиризиків ЦД 2 у хворих на шизофренію потрібна сукупність щонайменше таких ознак: професійна зайнятість; немає або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики; тривалість психотичного розладу до 15 років; кількість госпіталізацій не більше однієї на рік; інші (окрім безперервного) типи перебігу шизофренії.

Ознаками ризику ожиріння при шизофренії є: професійна незайнятість; соціальна ізоляція та наявна пасивно-апатична соціальна відгородженість помірного та вищого ступеня вираженості.

Найінформативнішими ознаками браку (антиризиків) ожиріння при шизофренії є: перебування у шлюбі (офіційному або незареєстрованому); наявні соціальні зв'язки з друзями та знайомими та брак або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики. Наявні додаткові ознаки суттєво підвищують рівень достовірності диференціації.

Вивчення особливостей соціально-адаптаційного потенціалу хворих, що включає аналіз параметрів їх соціально-особистісного функціонування, рівня якості життя та комплаєнсу, виявляє таке.

Соціально-особистісне функціонування хворих на шизофренію у разі її поєднання з соматичними розладами значно ускладнюється, особливо в сферах соціально корисної діяльності та самообслуговування (при шизофренії з ожирінням), у соціальних взаєминах і при неспокійних/агресивних паттернах поведінки (при шизофренії з ЦД 2). Найнижчий рівень соціально-особистісного функціонування виявляється при шизофренії з ожирінням.

Хворі на шизофренію з соматичними розладами нижче оцінюють загальний рівень якості свого життя, особливо хворі з ССЗ та ожирінням, істотно нижчими показники рівня якості життя виявляються за критеріями загального стану здоров'я; фізичного функціонування та рольового функціонування, що зумовлене фізичним станом; психічного здоров'я; соціального функціонування та рольового емоційного функціонування, тобто обмеження функціонування через емоційний стан.

Рівень комплаєнсу хворих виявляється нижчим, особливо у хворих на шизофренію з ожирінням. Комплаєнс хворих на шизофренію з соматичними розладами є зниженим, передусім, через недостатню сформованість факторів, пов'язаних з пацієнтом (сприйняття та усвідомлення хвороби; особливості та вираженість симптоматики, рецидиви, особливості соціального функціонування та адаптації) та ставлення до медикації (ставлення до лікування та препаратів, страхи та побоювання щодо побічних наслідків, задоволеність результатами терапії тощо).

Отже, поєднання шизофренії з ожирінням виявляється найбільш небезпечним щодо порушень соціального функціонування.

1.9. Категорії самооцінки, усвідомлення, сприйняття та ставлення до психічного розладу та соматичної хвороби і патогенез психіатричної коморбідності

Важливу роль в патогенезі формування психіатричної коморбідності при шизофренії відіграють категорії самооцінки, усвідомлення, сприйняття та ставлення до психічного розладу та соматичної хвороби.

Хворі на шизофренію з коморбідними соматичними захворюваннями характеризуються зниженим рівнем самооцінки стану власного здоров'я загалом та зокрема — за станами психічного та фізичного здоров'я, що відображує песимістичність, знижений настрій. До того ж, хворі на шизофренію з ССЗ при низьких оцінках усіх параметрів здоров'я оцінюють себе більш хворими психічно, ніж фізично. Хворі ж на шизофренію з ЦД 2 та з ожирінням при низьких оцінках всіх параметрів здоров'я оцінюють себе більш хворими фізично, ніж психічно.

Хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями частково, тобто певним способом усвідомлюють наявний у них психічний розлад, а також той факт, що люди помічають їхній розлад та вважають психічно хворими. Окрім того, хворі на ССЗ та ожиріння більш усвідомлюють потребу лікування психічного захворювання, тоді як хворі на ЦД 2 більш усвідомлюють, що їх оточення визнає за потрібне лікування психічного розладу. До того ж найнижчим в структурі інсайту хворі на шизофренію визначають психічний розлад (інтегрують в одне ціле весь спектр психопатологічних переживань) та його коректну назву. Найвищий рівень інсайту психічного розладу є у хворих з ССЗ.

Хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями мають набагато вищі показники рівня ризику психічного розладу, ніж хворі без соматичної обтяженості. Як найбільш загрозливий психічний розлад сприймають хворі з ССЗ.

Хворі на шизофренію з ССЗ високо оцінюють ступінь впливу психічного захворювання на своє життя, високо його ідентифікують, тобто відчують його симптоми, є занепокоєними ним та відзначають його великий вплив на власний емоційний стан при низьких показниках рівня особистісного контролю та зрозумілості, тобто визнають низькою здатність його контролювати та розуміти.

Хворі на шизофренію з ЦД 2 характеризуються високим рівнем ідентифікації психічного розладу при низькому особистісному контролі.

Специфікою сприйняття психічного розладу у хворих з ожирінням є усвідомлення його великого впливу на життя, визнання ефективності його лікування, значна занепокоєність його перебігом, вагомим впливом на психоемоційний стан за значної його незрозумілості.

Хворі на шизофренію з ССЗ характеризуються найвищим рівнем ідентифікації власної соматичної хвороби, визнанням її довготривалості, великого впливу на життя, ефективності лікування, впливу на психоемоційний стан та значним занепокоєнням соматичною хворобою при найнижчій можливості особистісно впливати на неї.

Сприйняття ЦД 2 у хворих на шизофренію відрізняється визнанням його довготривалості, доволі високим рівнем ідентифікації та занепокоєністю щодо нього.

Сприйняття соматичної хвороби у хворих на шизофренію з ожирінням проявляється найвищим рівнем ідентифікації симптомів ожиріння, визнанням його хронічною патологією та занепокоєністю ним. До того ж такі хворі найменшою мірою відзначають, що наявне ожиріння впливає на їхній емоційний стан.

Серед згаданих варіантів соматичної патології хворі на шизофренію як найбільшу загрозу сприймають наявні ССЗ та ЦД 2, тоді як діагноз ожиріння істотно менш усвідомлюють як серйозну загрозу.

1.10. Ставлення хворих на шизофренію до соматичної хвороби

Хворі на шизофренію характеризуються превалюванням дезадаптивних форм ставлення до соматичної хвороби: тривожного, іпохондричного та меланхолічного (при шизофренії з ССЗ), анозогнозичного та дисфоричного (при шизофренії з ЦД 2 та з ожирінням), а також апатичного (при шизофренії з ожирінням).

Встановлено, що наявна хронічна соматична патологія впливає на клініко-психопатологічні та соціально-особистісні характеристики шизофренії, посилюючи певні клінічні прояви, ускладнюючи соціально-особистісне функціонування та знижуючи якість життя (рис. 1.2).

Серцево-судинні захворювання	Цукровий діабет 2 типу	Ожиріння
<ul style="list-style-type: none"> • Тривожність (G2): $R^2 = 0,69, \beta = 1,62$ • Депресія (G6): $R^2 = 0,76, \beta = 1,73$ • Іпохондричні ідеї (G1): $R^2 = 0,65, \beta = 1,59$ • Рівень якості життя: $R^2 = 0,71, \beta = -9,65$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Депресія (G6): $R^2 = 0,62, \beta = 1,53$ • Збудження (P4): $R^2 = 0,68, \beta = 1,60$ • Іпохондричні ідеї (G1): $R^2 = 0,56, \beta = 1,49$ • Рівень ускладнень у сфері особистісних та соціальних відносин: $R^2 = 0,64, \beta = 1,36$ • Рівень якості життя за станом здоров'я: $R^2 = 0,70, \beta = -1,49$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Негативна симптоматика (N): $R^2 = 0,73, \beta = 2,19$ • Депресія (G6): $R^2 = 0,67, \beta = 1,55$ • Активне соціальне уникнення (G16): $R^2 = 0,64, \beta = 1,18$ • Рівень якості життя: $R^2 = 0,73, \beta = -11,2$ • Рівень ускладнень соціально-особистісного функціонування: $R^2 = 0,68, \beta = 10,65$ • Комплаєнс: $R^2 = 0,70, \beta = -13,2$

Умовні позначення: R^2 — коефіцієнт детермінації; β — міра ефекту впливу

Рис. 1.2. Оцінка впливу соматичних розладів на клініко-психопатологічні та соціально-особистісні характеристики шизофренії (за результатами лінійного регресійного аналізу)

Наявне коморбідне ССЗ зумовлює підвищення рівня депресивної симптоматики, тривожності, іпохондризації та зниження загального рівня якості життя хворих на шизофренію.

Коморбідний шизофренії ЦД 2 впливає на підвищення рівня вираженості психопатологічної симптоматики, зокрема депресії, збудження, іпохондризації та ускладнює соціально-особистісне функціонування, а також знижує рівень якості життя, зокрема за станом здоров'я.

Наявне коморбідне ожиріння зумовлює підвищення рівня негативної симптоматики, депресії, відхід від соціальних контактів, ускладнює соціально-особистісне функціонування, знижуючи якість життя та комплаєнс хворих на шизофренію, що суттєво погіршує соціальний прогноз.

Соматичні розлади асоціюються з негативним прогнозом, зумовлюють заглиблення психопатологічної симптоматики та зниження рівня соціально-психологічного функціонування. Особливо небезпечним щодо прогнозу є ожиріння, яке асоціюється з найбільшою кількістю негативних наслідків.

1.11. Система комплексної терапії та реабілітації хворих на шизофренію з коморбідними соматичними захворюваннями

З урахуванням визначених особливостей клініко-психопатологічних проявів, патопсихологічних механізмів усвідомлення, сприйняття та ставлення до психічної та соматичної хвороби, соціально-особистісного функціонування, комплаєнса та якості життя хворих на шизофренію з соматичними захворюваннями запропонована система комплексної терапії та реабілітації цих хворих на основі комплексного підходу з використанням психофармакологічних, психосвітніх, психотерапевтичних та психосоціальних заходів, підібраних із врахуванням патопластики психопатологічного процесу при його поєднанні з соматичною патологією (таблиця).

Основними напрямками цієї системи терапії та реабілітації є: 1) редукція психотичної симптоматики та стабілізація психічного стану хворого з урахуванням особливостей соматичного стану (психотропна терапія); 2) лікування та профілактика соматичного захворювання (соматотропна терапія); 3) формування усвідомлення пацієнтом наявної у нього психічної та соматичної патології одночасно, з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку кожної; 4) формування у пацієнта навичок контролю соматичного стану (соматичних симптомів); 5) формування у пацієнта навичок контролю свого психічного стану (психопатологічних проявів); 6) формування у пацієнта та його оточення навичок щодо контролю стресу для запобігання провокаціям запуску психопатологічної симптоматики; 7) корекція способу життя пацієнтів з урахуванням специфіки соматичної коморбідності; 8) підвищення соціальної компетентності та автономії пацієнтів.

Запропонована система комплексної терапії та реабілітації здійснюється поетапно, охоплює такі етапи: I етап — терапія гострої фази, II етап — стабілізаційна фаза та III етап — підтримувальна фаза.

На кожному з етапів зазначені заходи мають свою специфіку та відрізняються змістовно.

На I етапі застосовують такі заходи:

- фармакотерапія (підбір та корекція призначення психотропних та соматотропних засобів);
- психоосвіта (індивідуальна, сімейна);
- поведінкова психотерапія (моніторинг психологічних та соматичних симптомів);
- сімейна психотерапія (взаємодія з членом сім'ї, який має психічний розлад).

Тривалість I етапу — 3—4 тижні.

Зміст системи комплексної терапії та реабілітації хворих на шизофренію з соматичними розладами
(умовні позначення: «+» — рекомендовано; «x» — протипоказано)

F20 з СС3		F20 з ЦД 2		F20 з ожирінням	
Фармакотерапія					
+оланзапін +амісульпїрид +рисперидон +кветіапін +арипіразол +хлорпрогексен	xзипразидон xсертиндол xклозапін	+зипразидон +арипіразол +амісульпїрид	xоланзапін xклозапін xаміназін	+арипіразол	xоланзапін xклозапін xазалептін xрисперидон xсертиндол
Тривожна симптоматика		Депресивна симптоматика		Депресивна симптоматика + дисфоричні розлади настрою + апато-абулїчні розлади	
Антидепресанти групи СІ33С: +сертралін +агомелатин	Транквілізатори: +діазепам	Антидепресанти з седативною дією: +тразодон +доксепін	Транквілізатори: +феназепам +діазепам	Антидепресанти, що знижують апетит та масу тіла: +флуоксетин +бупропіон	Нормотиміки: +карбамазепін
Соматотропна терапія, дієта, фізична активність, режим					
Психосвітня та психотерапевтична робота (групова, індивідуальна): поведінкова терапія когнітивно-поведінкова терапія тілесно орієнтована терапія сімейна терапія					
Психосоціальна реабілітація: тренінги комунікативних навичок тренінги взаємодїтримки та взаємодопомоги арт-терапія					

II етап реалізується за допомогою таких заходів:

— фармакотерапія (стабілізаційна);

— психоосвіта (групова);

— психотерапія індивідуальна та групова: поведінкова, когнітивно-поведінкова та сімейна (контроль психологічних, соматичних симптомів та стресу; корекція способу життя).

Тривалість II етапу — 8—12 тижнів.

В межах заходів III етапу проводять:

— фармакотерапію (підтримувальну);

— психосоціальну реабілітацію (тренінги комунікацій, взаємопідтримки та взаємодопомоги);

— арт-терапію.

Тривалість III етапу визначається перебігом захворювання (16—48 тижнів).

З огляду на особливості проявів психопатологічного процесу у хворих на шизофренію з соматичними захворюваннями та специфіку коморбідної патології, пропонуються такі схеми фармакотерапії.

Хворим на шизофренію з ССЗ, з огляду на наявну в структурі психозу депресивну та тривожну симптоматику та потребу забезпечення мінімального кардіометаболічного ризику, призначають антипсихотики поєднаної дії (кветіапін, оланзапін, арипіпразол, амісульприд та рисперидон); антидепресанти (сертралін, агомелатин) та анксиолітики (діазепам).

Хворим на шизофренію з ЦД 2, з огляду на вираженість в структурі психозу депресивної симптоматики, наявні дисфоричні розлади та потребу мінімізації впливу препарату на ендокринно-метаболічні механізми цукрового діабету на фоні антидіабетичної терапії, рекомендовані антипсихотики (зипразидон, арипіпразол та амісульприд), антидепресанти (тразодон, доксемін, міансерин) та транквілізатори (феназепам та діазепам) — якщо є/буде потреба.

Хворим на шизофренію з ожирінням, з огляду на переважання в клінічній картині негативної симптоматики, наявні депресивні симптоми та дисфоричні розлади, а також важливість мінімального фармакогенного впливу препарату на збільшення маси тіла та інші метаболічні порушення, призначають антипсихотики (аріпіпразол) та антидепресанти (флуоксетин та бупропіон).

Психоосвіту й психотерапію використовують інтегративно, проводять у двох формах — індивідуальній та груповій, орієнтованих

як на пацієнта, так і на його оточення (сім'ю), спрямованих на усвідомлення пацієнтом та членами його сім'ї наявних у нього психічного розладу та соматичної хвороби одночасно, з чітким розумінням проявів, симптомів, механізмів розвитку та можливості контролю їх симптомів.

Сімейну психотерапію використовують для оптимізації сімейних стосунків, сімейного функціонування пацієнта та сімейних комунікацій в умовах патогенного впливу хвороби.

Тренінги комунікацій сприяють поліпшенню взаємодії учасників та надають можливість розширення сфери контактів, безпечної соціальної взаємодії, опрацювання комунікативних навичок та забезпечують «психосоціальну підтримку» та соціально-психологічну адаптацію хворих.

Арт-терапія та терапія творчим самовираженням дають змогу реалізувати внутрішній саногенний потенціал, компенсувати біологічно зумовлені обмеження психічних функцій, або скорегувати і розвинути збережені функції. Під час творчої діяльності слід виявляти, аналізувати та корегувати емоційно-вольові, пізнавальні та поведінкові особливості пацієнтів, характер ставлення до себе, інших людей, хвороби та лікування. Відбувається міжособистісна взаємодія учасників, обговорення продуктів їх творчості у розумінні проблем і системи відносин. Використання комплексної системи терапії та реабілітації хворих на шизофренію з коморбідними соматичними захворюваннями дає змогу суттєво поліпшити стан пацієнтів та рівень їх соціально-психологічного функціонування.

Запитання для контролю знань

1. Який вплив чинить коморбідна соматична патологія на клінічні прояви шизофренії та на ефективність лікування хворих з цією психопатологією?

2. Назвіть фактори етіопатогенезу патології формування шизофренії з коморбідними соматичними хворобами.

3. Які є основні особливості проявів психопатології різних сфер психічної діяльності хворих при коморбідності соматичної патології та шизофренії?

4. Наведіть характеристику критеріїв ризику поєднання шизофренії з конкретними варіантами соматичних хвороб.

5. Охарактеризуйте систему комплексної терапії та реабілітації хворих на шизофренію з коморбідними соматичними хворобами.

Список використаної літератури

1. Марута Н. О. Шизофренія, коморбідна з іншими психічними та поведінковими розладами / Н. О. Марута, С. О. Ярославцев // Здоров'я України. 2016. № 3 (38). С. 37—39.
2. Герасим'юк І. Г. Поєднання шизофренії та соматичної патології // WorldScience. 2018. No. 6 (34). Vol. 5. P. 47—49.
3. Беялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Беялов. 10-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 264 с.
4. Чабан О. С. Психосоматична коморбідність і якість життя у пацієнтів похилого віку / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // НейроNews. 2016. № 2-1. С. 8—13.
5. Опря Є. В. Якість життя та соціальне функціонування хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією // Експериментальна і клінічна медицина. 2018. № 4 (81). С. 45—52.
6. Опря Є. В. Особливості клінічного оформлення шизофренії з коморбідними соматичними розладами // Медичні перспективи. 2018. Т. XXIII, № 2. С. 138—143.
7. Опря Є. В. Клініко-діагностичні ознаки-маркери шизофренії, що поєднана з хронічною соматичною патологією // Там само. 2018. Т. XXIII, № 3. С. 46—52.
8. Опря Є. В. Система комплексної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням соматичної коморбідності // Norwegian Journal of development of the International Science (Norway). 2019. No. 27. P. 46—50.
9. Юрьева Л. Н. Шизофрения : клиническое руководство для врачей. Днепропетровск : Новая идеология, 2010. 244 с.
10. Castle David J., Buckley Peter F., Gaughran Fiona P. Physical Health and Schizophrenia. Oxford University Press, 2017. 136 p.

Розділ 2.

Охорона психічного здоров'я родичів хворих із психотичними розладами

2.1. Психічна дезадаптація у родичів хворих із первинним психотичним епізодом

Серед основних проблем, на розв'язання яких спрямована Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, зазначена відсутність ефективної системи підтримки сімей осіб, що доглядають за особами з психічними захворюваннями, та обмежена участь і залучення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їхніх сімей до планування, реалізації та оцінки психіатричної допомоги. Нагальною проблемою є недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням чутливості до потреб різних груп суспільства.

Процес деінституціалізації, що відбувається сьогодні в психіатрії, внаслідок якого пацієнти велику частину часу проводять в сім'ї, передбачає, що основне навантаження і стресові переживання припадають на долю родичів. Найважливішу роль в подоланні цих труднощів відіграє процес дестигматизації як суспільства, так і самих родичів психічно хворих. Робота з родичами пацієнта дає змогу знизити стрес і навантаження на сім'ю (що виявляється в емоційних, фізичних, грошових і інших перевантаженнях, яких зазнають члени сім'ї) і зменшити стигму психічного розладу.

До шляхів і способів розв'язання проблем в системі охорони психічного здоров'я належать створення програм підтримки осіб, які проживають з людьми з психічними розладами та залучення пацієнтів і членів їх сімей до планування і реалізації програм у цій сфері.

Найважливішим етапом в розвитку, перебігу та прогнозі хвороби є її дебют — перший психотичний епізод (ППЕ). За даними ВООЗ, перший психотичний епізод є третім із станів, що інвалідизують найбільше. Основні психотичні розлади призводять до зменшення тривалості

життя, в середньому, на 10 років. ППЕ припадає зазвичай на молодий вік, що порушує суспільну, професійну і сімейну активність, формує вагомий тягар для сім'ї та суспільства. Депресивні розлади, що супроводжують ППЕ, наркотична залежність і особистісні дисфункції істотно погіршують прогноз, що зумовлює потребу раннього втручання. Своєчасне надання допомоги хворим з ППЕ має величезне медико-соціальне значення.

Раннє втручання приводить до:

- зниження тяжкості ППЕ,
- прискорення настання ремісії, зниження ризику розвитку когнітивного дефіциту й суїцидальної поведінки,
- відновлення соціального функціонування та запобігання хронізації патології,
- зменшення кількості госпіталізацій до психіатричного стаціонару й їх тривалості.

Під час надання допомоги хворим з ППЕ перевагу віддають напівстаціонарній і амбулаторній формам обслуговування хворих. У дослідженнях за останніх років встановлено, що 60 % хворих з ППЕ можна лікувати позастаніонарно. Проведення терапевтичного процесу в умовах, що стигматизують найменше, забезпечує раннє відновлення функціонування, дає змогу зберегти соціальні зв'язки, залучити до лікувального процесу сім'ю та найближче оточення.

У роботі з родичами хворих із ППЕ є і певні труднощі: багато родичів вперше захворілих намагаються заперечувати сам факт хвороби; соромляться зустріти когось із знайомих, товаришів по службі, сусідів; вважають, що основне лікування хворого — медикаментозне. Допомога сім'ї, в якій є хворий із ППЕ, може перервати розвиток хронічного перебігу захворювання.

Прийняття хвороби сім'єю й усвідомлення її окремих проявів — важливий фактор в лікуванні психічного розладу. У крайніх випадках спостерігається повне заперечення хвороби, найбільш поширеним варіантом є формальне прийняття захворювання з недооцінкою окремих її проявів та тяжкості. Недооцінюючи тяжкість захворювання, родичі мимоволі ставлять завищені вимоги до хворого як до здорового, які він не в змозі виконати. Це призводить до взаємних образ, докорів і розчарування, що спричиняє погіршення стану особи з проблемами психічного здоров'я.

Серед причин неприйняття психічного розладу, що виник вперше, можна виокремити:

- брак інформації про захворювання;

- біль, пов'язаний з втратою близького таким, яким його знали і любили;

- біль від втрати надій на майбутнє і нездійснених очікувань;
- страх соціальної ізоляції;
- незрозумілість поведінки хворого.

Почуття провини є ще одним складником психічної дезадаптації у родичів осіб з ППЕ. На початку захворювання родичі переживають справжній шок і постійно запитують себе: «Чому саме ми?», «Хто винен?». Насправді для членів сім'ї психічний розлад у одного з них — трагічна випадковість, збіг багатьох причин (біологічних, психологічних, соціальних). Перевантаженість почуттям провини породжує додаткові проблеми в сімейних взаєминах, тому важливо пережити горе, а не шукати винного і спокутувати провину.

Важкий психічний розлад неминуче спричиняє багато агресивних почуттів усіх членів сім'ї, особливо на початку захворювання. Часто членам сім'ї буває важко впоратися зі своєю агресією: одні — не можуть її стримувати, інші — надмірно придушують. Це збільшує тягар психічного розладу в сім'ї:

- погіршує взаємини;
- погіршує стан особи з проблемами психічного здоров'я;
- негативно впливає на психічний і фізичний стан родичів.

Агресія може виконувати захисну функцію — допомагати родичеві справлятися з болем і сумом на початку розвитку психічного розладу у члена сім'ї. Важливо, щоб агресія, яка спочатку захищає від душевного болю, не стала постійною і вчасно поступилася місцем смутку, який допомагає поступово «зажити душевним ранам», інакше — вони будуть весь час «кровоточити». Агресія також дає змогу відстоювати свою незалежність і досягати життєвих цілей. Саме таких родичів слід розглядати як потенційних учасників у плануванні та виконанні програм у сфері охорони психічного здоров'я.

2.2. Психокорекція та профілактика психічної дезадаптації у родичів хворих із первинним психотичним епізодом

Робота з сім'єю базується на положенні про те, що споріднений комунікативний стиль, стратегії оволодіння і компетентність у розв'язанні проблем прямо стосуються моделі «діатез — стрес — вразливість» при психічному розладі. Відповідно до цієї моделі, звички оволодіння і подолання проблем в родині підвищують компетентність пацієнта і його здатність протистояти стресовим ситуаціям,

компенсуючи його психобіологічну вразливість до стресу і зменшуючи схильність до загострення захворювання.

Будь-яке споріднене втручання прямо чи опосередковано спрямовано на корекцію дисфункціонального комунікативного стилю в сім'ї. Під час проведення когнітивно-поведінкової терапії з родичами це завдання вирішують відпрацюванням засобів ефективної сімейної взаємодії. При суто психоосвітньому підході результату досягають опосередковано — завдяки підвищенню обізнаності членів сім'ї про психічний розлад і засоби його лікування, що знижує рівень тривоги і стресу в родині. Це сприяє нормалізації внутрішньородинного емоційного клімату.

У роботі з сім'єю особливу увагу надають полегшенню тягаря для родичів, який зумовлений психічним розладом. До того ж відбувається позитивне реструктурування минулого досвіду і зосередження на проблемах догляду за хворою близькою людиною.

На розв'язання проблеми недостатньої диференційованості надання допомоги сім'ям осіб з психічними розладами розроблена поетапна диференційована система психокорекції психічної дезадаптації у родичів хворих із ППЕ (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, 2009, 2017).

Таблиця 2.1. Поетапна диференційована система психокорекції психічної дезадаптації у родичів хворих із першим психотичним епізодом

Етапи	Мета	Методи психокорекції
I	Формування здатності до довільного контролю над психоемоційним станом, підвищення психологічної толерантності та стресостійкості	Психосенсорна та ментальна саморегуляція; стрес-прищеплювальний тренінг; послідовний систематичний самоконтроль
II	Виявлення дезадаптивних когнітивно-поведінкових стереотипів	Актуалізація ресурсів особистості; формування «банка» ресурсів; когнітивне реструктурування; соціальне порівняння; експлуатація ресурсів при візуалізації; апробація та селекція психологічних захистів
III	Корекція поведінки, переорієнтація, прийняття позитивних моделей поведінки	Когнітивне навчання (самоспостереження, самопідкріплення, самооцінка, укладання контрактів та робота в системі правил родича хворого на ППЕ); десенситизація особистості

Етапи	Мета	Методи психокорекції
IV	Розвиток специфічної психологічної толерантності до індивідуальної ситуації, що психотравмує	Когнітивне реструктурування; когнітивно-векторний спосіб
V	Перевірка результатів психокорекції	Реальний контакт з негативними чинниками з дотриманням принципу поступовості та попередньої підготовленості

Перший етап застосовують насамперед в профілактичних цілях до всіх родичів хворих з ППЕ, незалежно від клінічних особливостей психічної дезадаптації. Щоб прискорити формування здатності до довільного контролю над психоемоційним станом і підвищити психологічну толерантність і стресостійкість, родичів навчають психічній саморегуляції. Стрес-прищеплювальний тренінг на основі програми релаксації у родичів з невротичними розладами має акцент на програмі м'язової релаксації, для навчання керуванню тривогою та страхами.

На **другому етапі** для підвищення стресостійкості і корекції психічної дезадаптації переходять до особистісно орієнтованих дій. Диференційованість етапу полягає в «адресному прикріпленні» комплексу психологічних ресурсів до тематики проблемного стану. Зокрема, психопатологічною точкою «прикріплення» ресурсів у родичів з депресивними розладами є ідея про власну неповноцінність і винність, у родичів з невротичними розладами — «катастрофікація». Підсумком етапу є десенситизація родичів хворих із ППЕ щодо дій, які психотравмують, і розширення їх здатності і тактики подолання проблемного стану.

Змістом **третього етапу** є когнітивна корекція поведінки, яка спрямована на переорієнтацію родичів, відмову від установок, що дезадаптують, і прийняття позитивних моделей поведінки. Цей етап психокорекції опрацьовують з родичами з різними варіантами психічної дезадаптації, тому що відомо, що й навіть нормальна діяльність когнітивної організації гальмується під впливом стресу, виникає проблемне мислення, порушується концентрація уваги тощо. Когнітивне навчання в умовах десенситизації особистості особливо показане родичам, у яких слабо розвинене уміння вирішувати проблеми. У родичів з невротичними розладами цей етап має бути тривалішим, щоб гальмувати інтенсивну тривогу та напруження.

На **четвертому етапі** у родичів розвивають специфічну психологічну толерантність щодо індивідуального спектра ситуацій, що психотравмують, через когнітивне переструктурування. Цей етап призначений для родичів з наявними невротичними або депресивними розладами. У родичів з депресивними розладами працюють з когнітивною тріадою депресії (негативні уявлення про себе, негативна оцінка навколишнього світу та зовнішніх подій, негативна оцінка майбутнього) для ідентифікації та перевірки негативних пізнань, зміни поляризованого або «чорно-білого» мислення та полегшення депресивного синдрому. Опрацьовують когнітивні помилки у вигляді суїцидальних думок, з виробленням реалістичних перспектив та альтернативних схем поведінки з відновленням почуття гідності. У родичів з невротичними розладами опрацьовують автоматичні (мимовільні) думки, наприклад, «цей жах ніколи не скінчиться» для декатастрофікації та полегшення тривожного синдрому. Водночас використовують когнітивні дії і самодії, серед яких провідне значення має когнітивно-векторний спосіб.

На **п'ятому, завершальному етапі**, проводять перевірку результатів психокорекції в реальних умовах, що психотравмують, з дотриманням принципу поступовості та попередньої підготовленості. Реальний контакт з негативними чинниками здійснюють за ієрархічною схемою: від мінімального «об'єкта» взаємодії — до максимального.

Поетапну диференціальну психокорекцію психічної дезадаптації у родичів хворих із ППЕ проводять у вигляді окремих сеансів, переважно індивідуально (іноді родиною), в середньому до 10 сеансів (по 2 сеанси на кожний етап корекції) за період госпіталізації хворого члена сім'ї.

Щоб підвищити ступінь стійкості досягнутих в процесі психокорекції успіхів, здійснюють динамічне спостереження, підтримувальні сеанси і корекцію віддалених результатів з урахуванням індивідуальної потреби, в середньому протягом до двох років, що пов'язано з більшою кількістю загострень у хворих із ППЕ на амбулаторному етапі.

Психопрофілактика для родичів осіб з проблемами психічного здоров'я, також як і психокорекція, має бути системною, комплексною, диференційованою, послідовною, щоб бути ефективною щодо попередження, раннього виявлення та своєчасної корекції психічної дезадаптації.

Первинна профілактика насамперед спрямована на соціальні заходи, які призводять до посилення дії стресу при появі в сім'ї людини

з психічним розладом: заходи щодо зняття стигматизації осіб з проблемами психічного здоров'я та їх родичів, а також всієї психіатрії як науки, а не карального органу; просвітницькі заходи про реальну загрозу й наслідки психічних порушень, вирішення юридичних і правових питань, вивчення сучасних суспільних процесів і попередження їх патогенних дій — обґрунтування соціальних програм для населення тощо.

Розрізняють такі **напрямки** первинної профілактичної роботи.

Найперше, зміцнення психічного благополуччя завдяки наявному доступу до ефективних програм батьківської підтримки і освіти, починаючи з періоду вагітності; до науково обґрунтованих програм, що сприяють розвитку навичок і отриманню інформації, в яких основну увагу надають таким питанням: психічна стійкість, уміння управляти емоціями та психосоціальна взаємодія. Важливими є питання розширення можливості доступу до здорового раціону харчування й фізичної активності, заохочення споживання здорових продуктів харчування та відмови від шкідливих звичок. До цього напрямку також належить забезпечення доступу до ефективних заходів зміцнення психічного здоров'я для груп підвищеного ризику, включно з особами, що мають проблеми психічного здоров'я, і тих, хто за ними доглядає. Створення здорових робочих місць, заняття фізичними вправами, зміна режиму або характеру роботи, перехід на сприятливіші для здоров'я години роботи і здорові стилі управління є складовими частинами цього напрямку.

Другий напрямок — забезпечення розуміння найважливішої ролі психічного здоров'я. Питання охорони психічного здоров'я мають бути невід'ємною частиною суспільної охорони здоров'я з проведенням оцінки потенційної дії будь-якої нової стратегії на психічне благополуччя населення до початку її реалізації. Водночас особливу увагу треба надавати впливу цих стратегій на людей, які вже хворіють на психічні розлади, і осіб, що піддалися ризику їх розвитку, зокрема і родичів осіб з проблемами психічного здоров'я.

Боротьба зі стигматизацією та дискримінацією є **третім, пріоритетним напрямком** в первинній профілактиці. На державному рівні удосконалюється законодавство щодо прав людей з проблемами психічного здоров'я, забезпечується дотримання принципів рівності і справедливості. До цього напрямку належить реалізація національних стратегій боротьби зі стигматизацією і дискримінацією під час працевлаштування осіб з проблемами психічного здоров'я, стимулювання участі населення в місцевих програмах охорони

психічного здоров'я завдяки підтримці відповідних ініціатив неурядових організацій. Сприяння створенню місцевих і національних неурядових організацій, керованих самими споживачами послуг, які представляють людей з психічними проблемами і особами, що за ними доглядають, є важливим складником цього напрямку.

Підвищення психіатричної грамотності населення — **четвертий напрямком** первинної профілактики психічної дезадаптації у родичів осіб, що мають проблеми з психічним здоров'ям. Важливе значення мають освітні заходи, в процесі яких члени сімей пацієнтів отримують первинні знання про природу психічних розладів, методи їх лікування, особливості поведінки з особами, що мають психічні й поведінкові розлади. Актуальним є проведення освітньої роботи вдома в сім'ях підвищеного ризику для цілеспрямованого сприяння розвитку батьківських навичок, здорових форм поведінки і взаємодії між батьками і дітьми. Треба підвищити рівень поінформованості громадськості про поширеність, симптоми і можливості лікування шкідливих для здоров'я стресових і тривожно-депресивних станів, шизофренії також за допомогою засобів масової інформації.

Забезпечення доступу осіб з проблемами психічного здоров'я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги є **п'ятим напрямком** первинної психопрофілактики в системі охорони психічного здоров'я. Забезпечення безперешкодного доступу всього населення до служб охорони психічного здоров'я в рамках установ первинної медико-санітарної допомоги, здатної виявити і лікувати психічні розлади, зокрема і депресію, тривожні стани, стресогенні розлади — шлях до профілактики психічної дезадаптації. Співробітники служб первинної медико-санітарної допомоги повинні вживати заходів зі зміцнення психічного здоров'я і попередження його порушень, особливо за допомогою цілеспрямованої дії на чинники, що сприяють розвитку або збереженню порушень здоров'я. До цього напрямку також належить створення центрів передового досвіду і сприяння розвитку в кожному регіоні мереж консультаційної допомоги для працівників охорони здоров'я, користувачів служб охорони психічного здоров'я, осіб, що за ними доглядають, і засобів масової інформації.

Вторинну профілактику проводять з родичами осіб з проблемами психічного здоров'я, у яких вже виявлені ознаки психічної дезадаптації, ґрунтуючись на клініко-психопатологічних та психологічних її особливостях. Метою вторинної психопрофілактики є припинення психічного розладу, що розпочався. У вторинній психопрофілактиці найбільш значущим є проведення комплексної фармакотерапії

та психокорекції. Превентивні втручання охоплюють низку заходів діагностичного характеру, найважливішими з яких є скринінгові тести з виявлення депресії, тривожних розладів, суїцидальної поведінки тощо. Першочерговим є ранній початок психокоректувальних заходів, застосовуваних з урахуванням виявлених у родичів психічних порушень, і подальша підтримувальна корекція психічної дезадаптації.

Третинна профілактика психічної дезадаптації спрямована на попередження повторного розвитку патології за допомогою тривалої підтримувальної психокорекції, якщо треба — медикаментозної терапії; налагодження внутрішньосімейних взаємин і соціальну реабілітацію. Третинна профілактика для родичів осіб з проблемами психічного здоров'я найтісніше пов'язана з соціальною реабілітацією самого пацієнта, але також значущі й процеси їх власної залученості та реадатованості в суспільство.

2.3. Психічне здоров'я сім'ї, де проживають пацієнти з ендogenousними психічними розладами

2.3.1. Дескриптори деформації сімейного адаптаційного потенціалу у референтних родичів хворих з ендogenousними психічними розладами

За даними ВООЗ, мільйони сімей у світі щорічно стикаються із ситуацією психічного розладу у члена сім'ї та змушені долати пов'язані з цим проблеми.

Відомо, що до 60 % усіх пацієнтів, яких виписують з психіатричних стаціонарів, повертаються у сімейне середовище. Сім'я — це основна підтримувальна структура, на яку покладена відповідальність щодо догляду за психічно хворим, що часто спричиняє важкий психосоціальний стрес та знижує якість життя референтних родичів. Наявність у сім'ї психічно хворого родича призводить до порушень психоемоційного реагування всіх її членів, що формує певні негативні наслідки у міжособистісній взаємодії та відбивається на ефективності терапії.

Розвиток психічного захворювання у одного із членів сім'ї впливає на всі аспекти сімейного життя і становить важкий психоемоційний стрес, зумовлений ситуацією початку захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, труднощами щоденного догляду за пацієнтом, додатковим грошовим навантаженням, звуженням соціальної мережі, стигматизацією і само-стигматизацією. Якщо немає належної підготовки, бракує знань про захворювання та є психологічний дистрес, зумовлений різкими

змiнами у психiчному станi члена сiм'ї, референтнi родичi зазнають суттєвого напруження та навантаження, якi тепер широко вiдомi пiд назвою «сiмейне навантаження».

Негативними наслiдками сiмейного навантаження є:

- об'єктивнi — погiршення здоров'я та якостi життя референтних родичiв, порушення сiмейного функцiонування, збiльшення матерiальних та часових витрат;
- суб'єктивнi — вiдчуття iзоляцiї, втрати, почуття провини, розгубленiсть, тривога, гнiв та фрустрацiя тощо.

Поєднання цих чинникiв спричиняє небажанi наслiдки для фiзичного, психологiчного, економiчного та емоцiйного благополуччя референтних родичiв, що за принципом зворотного зв'язку негативно вiдбивається i на станi самого пацiєнта.

Внутрiшньосiмейнi фактори можуть справляти як негативний вплив при неправильному сприйняттi захворювання та особливостей пацiєнта родичами, так i пiдвищувати соцiальну адаптацiю хворого за допомогою формування соцiальної пiдтримки як форми копiнгу у вiдповiдь на «виклики» оточення.

За останнi десятилiття важливим напрямком розвитку психосоцiального лiкування хворих на ендogenous психiчнi розлади є акцент на позитивному впливi залучення сiм'ї у процес терапiї. Сучасний розвиток реабiлітацiї пацiєнтiв з ендogenous психiчними розладами спирається на бiопсихосоцiальну парадигму розвитку психiчних порушень, що передбачає гнучке поєднання психофармакотерапiї для забезпечення якiсного та ефективного контролю психотичних симптомiв та психосоцiальних втручань, спрямованих на розширення репертуару копiнг-стратегiї пацiєнтiв та їхнiх референтних родичiв. Забезпечення системи психосоцiальної пiдтримки сiмей, де проживає хворий на ендogenous психiчний розлад (ЕПР), дає змогу компенсувати стресову ситуацiю, зумовлену психiчним розладом у члена сiм'ї. Психосоцiальнi втручання впроваджують у систему терапевтичних заходiв для психiчно хворих та вважають поряд iз психофармакологiчними впливами такими, що суттєво впливають на кiнцевий результат лiкування як у стацiонарних, так i в позалiкарняних умовах.

Факторами, що позитивно впливають на успiшнiсть реабiлітацiї хворих на шизофренiю та афективнi розлади в позалiкарняних умовах, є обiзнанiсть та зацiкавленiсть найближчого оточення в реабiлітацiї їхнiх психiчно хворих родичiв, збереження соцiального функцiонування у сферах соцiально корисної дiяльностi i мiжособистiсних взаємин.

2.3.2. Медико-психологiчний супровiд сiм'ї, де проживають пацiєнти з ендogenous психiчними розладами

У сiм'ях, де проживають хворi на параноїдну шизофренiю, деформацiя психологiчного адаптацiйного потенцiалу сiм'ї розвивається в такiй послiдовностi:

I. Етап емоцiйного дисбалансу (до 4-х рокiв) — характеризується переважанням драматизуючого та негативного типiв ставлення до факту наявного психiчного розладу у члена сiм'ї; пiдвищеною особистiсною та сiмейною тривожнiстю; невротичнiстю; проявами депресивного реагування на фонi зниженого психологiчного компонента якостi життя та високого сiмейного навантаження.

II. Етап комунікативних девіацій (5—8 років) — до ознак емоцiйного дисбалансу додаються змiни метакогнiтивного ресурсу референтних родичiв (РР), що виявляється у зниженнi соцiальної та емоцiйної комунікативної компетентностi; комунікативнiй iнтотолерантностi; низьких рiвнях емпатiї та афiліацiї. Вiдбувається компенсаторне емоцiйне дистанцiювання вiд психiчно хворого члена сiм'ї. Такий комплекс факторiв негативно вiдбивається на ефективностi внутрiшньосiмейної комунікацiї, що згодом (зi збiльшенням тривалостi захворювання) призводить до притаманних наступному етапу змiн.

III. Етап ригiдностi сiмейної системи (пiсля 8 рокiв) — стрес-долаюча поведiнка реалiзується переважно з використанням неадаптивних та вiдносно адаптивних копiнг-стратегiї, серед яких чiльне мiсце належить униканню, iгноруванню та пасивному примиренню з наявними проблемними ситуацiями; водночас здатнiсть до акцепцiї соцiальної пiдтримки знижується до рiвня, який перешкоджає можливостi отримання позитивних впливiв соцiального ресурсу пiдтримки вiд просоцiальних мереж та може впливати на комплаєнс i готовнiсть співпрацювати, зокрема iз медичною системою.

Натомiсть у сiм'ях, де є хворий з афективним розладом, розвиток сiмейної психологiчної дезадаптацiї має деякi вiдмiнностi та вiдповiдає такiй послiдовностi:

I. Етап емпатико-афiліативної нестабiльностi (до 4-х рокiв) — у зв'язку зi змiнами у психiчному станi родича сiм'я переживає складний комплекс змiн, коли внаслiдок суттєвого психоемоцiйного навантаження поступово вiдбувається виснаження емпатико-афiліативного ресурсу з посиленням сензитивностi до знехтування. Водночас описанi процеси супроводжуються високою сiмейною тривожнiстю, проявами тривожно-депресивного реагування, залученням деяких неадаптивних копiнг-стратегiї. В цей перiод сiм'я зберiгає високий

ступінь віри у можливість одужання і зворотність депресивного розладу у пацієнта.

II. Етап емоційного дисбалансу (5—8 років) — збільшується емоційна незбалансованість сімейної системи, що виявляється у зниженні емоційної комунікативної компетентності; суб'єктивному переживанні втрати здатності впливати на емоційний стан комунікативних партнерів; низьких рівнях емпатії та афіліації. Такий комплекс факторів негативно відбивається на ефективності внутрішньосімейної комунікації, знижує психологічний адаптаційний ресурс сім'ї.

III. Етап ригідності сімейної системи (після 8 років) — пристосування до наявного афективного розладу у близького члена сім'ї відбувається у вигляді дистанціювання через зневіру у можливість позитивно впливати на психоемоційний стан хворого; підвищується напруженість і роздратованість сімейною ситуацією. Реагування за типом «сімейної ригідності» може проявлятися як посиленням контролю, гіперопіки та симбіотичних взаємин, так і емоційним дистанціюванням від сімейної ситуації, що в обох випадках відображається у ригідності та дисфункціональності стереотипів внутрішньосімейної взаємодії, що призводить до втрати навичок подолання стресів хворим, ускладнює процес психосоціальної реабілітації.

Вивчені медико-психологічні особливості деформації сімейного психологічного адаптаційного потенціалу стали підґрунтям для розроблення відповідної системи медико-психологічного супроводу сім'ї (СМПС), де проживає хворий на ЕПР (Пшук Н. Г., Камінська А. О., 2020).

Мета медико-психологічного супроводу — переорієнтувати сім'ю з фіксації на втратах, яких завдала хвороба, на фокусування на збережених властивостях особистості пацієнта, їх підтримці, відновленні задоволеності життям, позитивних аспектах інтерперсональної взаємодії. Це відкриває для сім'ї нові цілі, активізує пошук нових моделей взаємодії з хворим, що сприяють його адаптації та ресоціалізації.

За структурою система медико-психологічного супроводу сім'ї має у складі чотири основні модулі (табл. 2.2):

- I. психодіагностичний;
- II. психоосвітній;
- III. психокорекційний;
- IV. підтримувальний.

Психодіагностичний модуль передбачає психологічну діагностику предикторів деформації адаптаційного потенціалу сім'ї.

Психоосвітній модуль спрямований на психоедукацію пацієнтів з ЕПР та їхніх референтних родичів щодо причин, механізмів формування, підходів до лікування та наслідків захворювання.

Таблиця 2.2. Алгоритм системи медико-психологічного супроводу сім'ї для сімей пацієнтів з ендогенним психічним розладом

I модуль	— психодіагностичний <i>Завдання:</i> діагностика предикторів деформації адаптаційного потенціалу сім'ї.
II модуль	— психоосвітній <i>Завдання:</i> теоретичне ознайомлення пацієнтів та їхніх референтних родичів із проблемою психічного захворювання, формування мотивації до подальшої психокорекційної роботи.
III модуль	— психокорекційний <i>Завдання:</i> розвиток навичок психічної саморегуляції, створення умов для активізації особистісного адаптаційного потенціалу, активізація комунікативних ресурсів особистості, формування комунікативної компетентності, корекція психоемоційних порушень, засвоєння конструктивних способів копінг-поведінки.
IV модуль	— підтримувальний <i>Завдання:</i> стабілізація психологічних змін, моніторинг адаптаційного потенціалу сім'ї.

Психокорекційний модуль містить два етапи:

1. *етап когнітивних інтервенцій* (психотренінг, групова та індивідуальна психокорекційна робота в когнітивно-поведінковому підході, майндфулнес) спрямований на усвідомлення власних почуттів, поліпшення саморозуміння, залучення психологічних ресурсних складників особистості, опрацювання внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, пов'язаних із захворюванням члена сім'ї, відреагування негативних емоцій;

2. *етап комунікативної активації*, основою якого є психотренінг як особлива форма роботи з особистістю і групою, спрямований на засвоєння ефективних способів комунікації, активізацію комунікативних ресурсів за допомогою таких методів: групова дискусія, моделювання сімейних ситуацій, арт-терапевтичні техніки.

Завданням підтримувального модуля є моніторинг психологічних змін у бустерних групах частотою один раз на місяць.

Основними стратегіями системи медико-психологічного супроводу сімей є:

- 1) формування у референтних родичів розуміння поведінки пацієнта щодо знання симптомів відповідного психічного розладу;
- 2) розвиток адаптивної копінг-поведінки і підвищення активності у досягненні особистісних цілей, що являє собою комбінацію навчання навичкам стрес-менеджменту, когнітивної корекції неадаптивних когніцій і засвоєння технік розв'язання проблем;

3) опанування навичок ефективної інтерперсональної комунікації для формування адекватної міжособистісної взаємодії у сім'ї;

4) створення передумов для формування ціннісних установок, спрямованих на збереження здоров'я та активізацію особистісного адаптаційного потенціалу.

У реалізації цих стратегій треба дотримуватися таких принципів:

— максимально раннє залучення референтних родичів хворих на ЕПР до участі у психоосвітніх та психокорекційних заходах СМПС;

— диференційований підхід до роботи з референтних родичів з урахуванням тривалості та нозологічної належності ЕПР у родича;

— зміцнення позитивних аспектів «Я» та особистісного адаптаційного потенціалу кожного члена сім'ї;

— інтеграція позитивного досвіду допомоги близькому родичу, який має психічний розлад.

Особливого значення ця система супроводу набуває, якщо у сім'ї є хворий з ЕПР з тривалістю захворювання до 4-х років, що дає змогу вчасно попередити психосоціальні втрати пацієнта і розлади сімейної психологічної адаптації. Для сімей, де ЕПР у родича триває 5—8 років, пропонується СМПС надає інструменти для адаптивного подолання комунікативних девіацій завдяки акценту на розвитку навичок ефективної сімейної комунікації. Важливим завданням сімейних втручань при тривалості ЕПР понад 8 років є — переорієнтувати сім'ю з фіксації на втратах, яких завдала хвороба, на збереженні властивості особистості пацієнта, їх підтримку та розвиток, відновлення задоволеності життям, зміщення фокусу уваги сім'ї на позитивні та ресурсні аспекти інтерперсональної взаємодії з хворим. Це відкриває для сім'ї нові цінності і цілі, активізує пошук та втілення нових адаптивних моделей сімейної взаємодії.

Комплексний характер СМПС передбачає засвоєння членами сім'ї реалістичних поглядів на природу ЕПР, а розвиток навичок конструктивних стратегій копінг-поведінки та ефективної комунікації дає змогу РР інтегрувати травматичний та негативний досвід, що формує чотири ключові позиції:

1. інсталяція надії;
2. збереження самоідентичності;
3. визначення сенсу життя;
4. узяття відповідальності за процес відновлення.

Ці ключові позиції позитивно впливають на готовність сім'ї до співпраці з фахівцями, здатність забезпечувати пацієнта потрібною йому підтримкою, прихильність до лікування.

Сприятливими психологічними надбаннями внаслідок участі в СМПС є підвищення компетентності сім'ї у розумінні суті ендогенних психічних розладів, розширення репертуару конструктивних копінг-стратегій, розвиток навичок ефективної інтерперсональної комунікації й ефективних внутрішньосімейних інтеракцій, завдяки чому передбачувано відбувається:

— зниження сімейного навантаження, пов'язаного із наявним ЕПР у родича і проблемами взаємодії з ним;

— формування адекватних уявлень про захворювання;

— опанування реакцій втрати (планів на майбутнє; попереднього способу життя; певного «образу сім'ї» тощо);

— зниження емоційної напруженості та дисбалансу у внутрішньосімейних взаєминах;

— зміцнення терапевтичного альянсу з фахівцями, які надають допомогу пацієнтові;

— зниження надлишкової емоційної залученості у життя і справи пацієнта;

— адекватне та реалістичне сприйняття особистості та поведінки хворого;

— розуміння реальних можливостей та обмежень пацієнта та формування у членів сім'ї адекватних очікувань;

— формування адекватного реалістичного ставлення до потреби у тривалій/постійній терапії;

— розуміння хворобливої природи особливостей поведінки пацієнта і розвиток навичок ефективного реагування на неї;

— посилення наявних до захворювання конструктивних елементів внутрішньосімейної взаємодії та способів розв'язання проблем;

— протидія самостигматизації;

— консолідація сім'ї, визначення нових цінностей, цілей і сенсу життя;

— підвищення здатності до акцепції соціальної підтримки від про-соціальних мереж;

— відновлення і розширення соціальної функції сім'ї.

Для ефективної організації СМПС оптимальним є однорідний склад психокорекційних груп РР за нозологічною належністю пацієнтів (формування окремих груп для родичів пацієнтів з параноїдною шизофренією і для родичів пацієнтів з афективними розладами), але гетерогенний за соціальними характеристиками (стать, вік, освіта тощо), тривалістю ЕПР та типами ставлення родичів до наявності психічного розладу у члена сім'ї. Диференціація за нозологічною

належністю та гетерогенністю складу підвищує терапевтичний потенціал групи. Якщо батьки пацієнта розлучені, якщо можна, до участі в групі запрошують обох.

Оптимально медико-психологічний супровід родичів пацієнтів з ЕПР проводять у закритих групах з кількістю учасників від 8 до 12 осіб (10—12 занять).

Протипоказаннями до залучення до участі у заняттях психокорекційного модуля СМПС є:

- 1) категорична відмова родичів від участі у груповій роботі;
- 2) агресивне чи недобррозичливе ставлення до ведучих та інших учасників групи.

Якщо є перелічені вище протипоказання, родичам пропонують індивідуальний формат роботи.

Загальну кількість занять можна змінювати залежно від потреб та запитів учасників групи. Рекомендована частота групових занять — один раз на тиждень. Тривалість заняття — 90 хвилин.

Стиль ведення психокорекційних груп — директивний, з активним лідерством ведучих. Водночас важливо підтримувати партнерські стосунки з членами групи, використовувати особистісно орієнтований підхід, що враховує потреби і очікування усіх учасників групи.

Дотримання етичних принципів у роботі групи, шанобливе ставлення до учасників, уважність до їх переживань, почуттів, вчинків створює атмосферу довіри, безпеки та відкритості у групі; дає ресурс соціальної підтримки, знижує почуття ізольованості і самотності. В межах психокорекційного модуля СМПС роль фахівця — запроваджувати медичну модель, що ґрунтується на біопсихосоціальной моделі розвитку психічних розладів, інформуючи родичів про причини, основні прояви, типи перебігу, прогноз, методи лікування психічних розладів. Водночас в групі підтримують атмосферу відкритості, довіри і безоцінності, що дає змогу реалізувати психокорекційний вплив — застосовують елементи когнітивного і комунікативного тренінгу, орієнтованого на розвиток навичок копіngu і ефективної внутрішньосімейної комунікації, контролюють процеси групової динаміки.

Організація СМПС має такі етапи:

1. визначення кола можливих учасників програми;
2. докладне вивчення медичної документації пацієнтів, бесіди з лікарями;
3. психоосвітні семінари для пацієнтів з ЕПР та їхніх референтних родичів;

4. психодіагностичне обстеження для оцінки сімейного адаптаційного потенціалу;

5. первинне інтерв'ю з референтними родичами пацієнтів;

6. проведення психокорекційного модуля з РР у груповому форматі;

7. повторне психодіагностичне обстеження для оцінки сімейного адаптаційного потенціалу;

8. проведення бустерних групових сесій.

За згодою родичів на участь у роботі психокорекційної групи з ними проводять первинну індивідуальну зустріч. Завданнями зустрічі є визначення специфічних запитів та мішеней роботи з конкретною сім'єю; формування терапевтичного альянсу з родиною.

Визначення специфічних мішеней роботи із сім'єю відбувається у форматі бесіди, що передбачає обговорення певного переліку питань, що зосереджені на трьох основних сферах:

I. Ступінь поінформованості РР про психічний розлад. Сюди належать питання, спрямовані на дослідження базових уявлень РР про психічні розлади: причини та прояви психічних розладів; прогноз захворювання (короткостроковий і довгостроковий); сучасні підходи та методи лікування; інформація про медичні заклади, де надається психіатрична допомога; попередній досвід спілкування членів сім'ї з людьми з психічними розладами; джерела отримання інформації про психічний розлад; уявлення про стан пацієнта, що не узгоджуються з сучасною медичною моделлю.

II. Вплив факту початку психічного розладу на сімейну систему. Охоплює питання про об'єктивні та суб'єктивні аспекти сімейного навантаження. Референтним родичам пропонують оцінити негативні та позитивні зміни у сімейній системі, пов'язані з діагнозом психічно хворого родича.

III. Виявлення провідних стратегій копіng-поведінки і ресурсів конкретної сім'ї в подоланні кризової ситуації. Сюди належать питання про те, які копіng-стратегії використовувала сім'я раніше і які використовує тепер, наскільки наявні в родині стрес-долаючі стратегії ефективні в ситуації, що склалася внаслідок ЕПР у родича, в чому проявляються сильні властивості сім'ї, що є підтримкою для цієї сім'ї.

Аналіз специфічних проблем сім'ї на підставі первинного інтерв'ю доповнюють аналізом медичної документації (амбулаторна карта, результати додаткових обстежень, висновки лікаря-психолога тощо), а також результатами психодіагностичного обстеження за допомогою відповідного психодіагностичного інструментарію.

Одночасно етап первинного інтерв'ю з РР спрямований на формування терапевтичного альянсу, мотивування членів сім'ї до подальшої участі в психокорекційних заходах. Часто ця зустріч є першою для РР можливістю говорити про свої переживання і увявлення у зв'язку з хворобою близької людини. Обговорення та аналіз актуальних проблем, пов'язаних з ЕПР у родича; розуміння фахівцем рівня психоосвітньої підготовки сім'ї; акцент на підтримці сильних ресурсних властивостей сім'ї є основою для готовності РР долучитись до участі у психокорекційному модулі СМПС.

Можливі труднощі із залученням РР до участі у груповій роботі зумовлені їх особистісними особливостями та типом реагування сім'ї на факт наявності ЕПР у родича. Реакція на зразок заперечення хвороби призводить до відмови від участі у груповій роботі у зв'язку з недооціненням проблем. При драматизуючому та негативному типах ставлення до факту наявності ЕПР самостигматизація, негативізм та небажання контактувати з іншими РР пацієнтів перешкоджають залученню РР до роботи в психокорекційній групі. З'ясування можливих причин небажання членів сім'ї долучатись до СМПС; спокійне конструктивне обговорення цілей і методів роботи психокорекційної групи без вчинення тиску на рішення РР; ознайомлення із результатами та досвідом інших учасників можуть допомогти родині подолати опір до участі в роботі психокорекційної групи.

Деяким сім'ям потрібен додатковий час для прийняття рішення, щоб усвідомити вплив змін, що відбуваються в сім'ї, і прийняти можливість залучення до СМПС. У такому разі рекомендовано вести далі розмову про можливість долучення до психокорекційної групи через деякий час.

Інші причини опору РР до участі в групі можуть бути пов'язані з браком знань про медико-психологічний супровід, його значення і цілі. РР відчувають неабияку ситуативну тривогу від необхідності ділитися своїми переживаннями з фахівцями та іншими членами групи.

Сімейні втручання СМПС базуються на таких основних положеннях:

— на початкових етапах захворювання сім'я переживає глибокий психосоціальний стрес;

— зміни поведінки та особистості пацієнта, а також соціальні втрати, зумовлені преморбідним періодом і початковим періодом хвороби, часто на тлі повного благополуччя, дезадаптують сім'ю, призводять до маніфестації або посилення прихованих раніше порушень внутрішньосімейної взаємодії, підвищення психоемоційної напруженості в сім'ї;

— ставлення сім'ї до ЕПР і сприйняття ними свого зміненого статусу залежать від тривалості, нозологічної належності та клініко-психопатологічних особливостей психічного розладу, що впливає на психологічний адаптаційний потенціал сімейної системи;

— самостигматизація сім'ї, дистанціювання від ресурсних просоціальних мереж посилюють психологічну дезадаптацію сім'ї;

— сім'ї пацієнтів з ЕПР часто не мають адекватної реалістичної інформації про ЕПР, наявні форми і служби допомоги.

З урахуванням цих потреб слід привертати увагу до таких аспектів сімейних втручань:

1) психоосвіта;

2) стрес-менеджмент;

3) розвиток навичок ефективної комунікації;

4) активізація ресурсних складників та адаптаційного потенціалу особистості РР.

Модель роботи в межах психокорекційного модуля СМПС являє собою інтерактивну тематичну сесію з елементами психокорекції та комунікативного тренінгу.

У роботі психокорекційних груп використовують інтегративні підходи із залученням когнітивно-поведінкової терапії; майндфул-нес-орієнтованої когнітивної терапії; психотренінгу; арт-терапії.

Під час організації роботи психокорекційних груп для РР пацієнтів з ЕПР в межах системи медико-психологічного супроводу слід дотримуватися таких правил:

1. дотримання етичних принципів групової роботи, часових та просторових меж, принципів конфіденційності та релевантності втручань, заборона на критику і оцінні висловлювання;

2. надання інформації з урахуванням нозологічної належності ЕПР у хворого родича;

3. надання інформації з урахуванням типу ставлення сім'ї до факту розвитку психічного розладу, потреб і запитів членів сім'ї;

4. допомога у розмежуванні хворобливих проявів і особистісних особливостей пацієнта;

5. структурований стиль ведення групи з активним лідерством ведучих;

6. поступовий перехід від директивного стилю ведення до активної внутрішньогрупової взаємодії;

7. стимулювання учасників групи до активної особистісної позиції та розширення соціальної мережі;

8. мотивування учасників групи до отримання інформації, збагачення позитивного досвіду та «плекання» психологічної резильєнтності¹ і після завершення роботи у психокорекційній групі.

Завершальний модуль СМПС передбачає бустерні групи для родичів. Тривалість роботи бустерної групи — до одного року. Частота зустрічей — один раз на місяць. Тривалість заняття — 90 хвилин.

Під час зустрічей з учасниками психокорекційних груп групова сесія охоплює такі етапи (табл. 2.3):

1. Вступна частина
2. Основна частина (теоретичний та практичний блок)
3. Завершення зустрічі.

Таблиця 2.3. **Орієнтовна структура психокорекційної сесії системи медико-психологічного супроводу сімей, де проживають хворі з ендogenous психічним розладом**

Етапи	План психокорекційної сесії	Тривалість, хв	Компетентність фахівця
1. Вступ	Моніторинг актуального психоемоційного стану учасників; Обговорення попереднього домашнього завдання; Формулювання порядку денного (визначення пріоритетів стосовно конкретних, актуальних пунктів порядку денного); Формулювання запитів учасників в рамках теми заняття	15—20	Сприяння розвитку терапевтичних стосунків Уміння реалістично використовувати час Планування
2. Основна частина	1. <i>Теоретичний блок</i> а) надання інформації або розбір певної ситуації (логічне пояснення підтримувальних факторів проблем родини); б) групова дискусія	25—30	Уміння надавати інформацію у доступній формі Залучення до групової дискусії усіх учасників групи
	2. <i>Практичний блок</i> а) ознайомлення із технікою (пояснення змісту та потенційної користі пропонуваного психокорекційного втручання); б) реалізація техніки в групі; в) зворотний зв'язок (розуміння реакцій учасників на всі аспекти практичного блоку психокорекційної сесії)	35—40	Вибір, обґрунтування та реалізація психокорекційних втручань/технік

¹ Резильєнтність — вроджена динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивно.

Етапи	План психокорекційної сесії	Тривалість, хв	Компетентність фахівця
3. Завершення зустрічі	Обґрунтування та планування домашнього завдання; Резюме сесії та рефлексивні підсумки (спільне розмірковування та розуміння основного психоосвітнього та психокорекційного матеріалу, засвоєння ключових знань); Завершення	15—20	Моніторинг змін Сприяння розвитку терапевтичних стосунків (міжособистісний стиль, емпатичне розуміння, співпраця)

Тривалість кожної частини заняття може варіювати залежно від потреб учасників і теми сесії, але не повинна перевищувати загальної визначеної тривалості сесії (90 хв).

Мета вступної частини заняття — визначення потреб учасників в рамках теми заняття. Це дає змогу орієнтувати сесію на потреби і досвід кожного учасника, мотивувати їх до активної участі у груповій роботі. Для цього кожний учасник говорить кілька слів про те, які питання є для нього найбільш важливими в сьогоднішній темі.

Основну частину заняття присвячують темі сесії, проводять у вигляді тематичного інтерактивного семінару із двох блоків, що взаємодоповнюють один одного.

Під час теоретичного блоку забезпечують надання інформаційної підтримки:

1. учасникам пропонують висловити свою думку щодо теми заняття;
2. учасники групи обговорюють тему та діляться власним досвідом;
3. у разі потреби учасникам надають інформацію з використанням технік когнітивної реструктуризації, що допомагає сформулювати у членів групи альтернативні адаптивні думки з цієї проблеми.

Крім цього основна частина заняття має практичний блок, під час якого навчають технікам проблемно-орієнтованого копінгю. Однією з основних стратегій є корекція дезадаптивних поведінкових паттернів РР в ситуаціях, пов'язаних із взаємодією з пацієнтом. Ця частина роботи досліджує наявні сімейні інтеракції, а також бажану поведінку, якої члени сім'ї очікують один від одного. На підставі отриманого матеріалу коректують неефективні інтеракції через техніки репетиції поведінки з тестуванням реальності.

Наприкінці сесії учасники отримують домашнє завдання на відпрацювання та інтеграцію засвоєних навичок ефективної взаємодії.

Розвиток навичок розв'язання проблем полягає у забезпеченні сімей структурованим підходом до розв'язання проблем щоденної взаємодії з хворим. Він має кілька етапів: формулювання проблеми, поділ проблеми на дрібніші, виокремлення конкретних завдань, пошук способів вирішення цих завдань групою у форматі групової дискусії та обміну досвідом.

Особливістю сімейних інтервенцій для членів сімей, де є хворий з ЕПР, є робота з копінг-поведінкою родичів. Вона передбачає досліджування копінг-стратегій, які РР використовують у стресових ситуаціях найчастіше, наскільки ці стратегії є конструктивними та ефективними в сімейній ситуації. Подальше обговорення присвячено альтернативним способам подолання стресу, спрямованим на розширення репертуару копінг-стратегій.

Серед пропонованих тем для обговорення під час роботи психокорекційних груп:

- причини психічних розладів;
- міфи та стереотипи щодо психічних захворювань;
- типи перебігу і прогноз при психічних розладах;
- прояви психічних розладів з урахуванням того, як пацієнт суб'єктивно переживає симптоми психічного розладу;
- ефективне реагування на прояви психічних розладів;
- ознаки загострення і дії родичів у разі погіршення стану пацієнта;
- методи лікування, поняття комплаєнсу;
- прогноз при психічних розладах;
- стигма і самостигматизація при психічних розладах;
- вибір медичного закладу і проблема довіри до лікаря;
- розв'язання проблем повсякденного життя (організація дозвілля, відпочинку, свят; проблеми працевлаштування та грошові);
- психічний розлад як сімейна таємниця.

Змістовно кожна сесія є логічним продовженням попередньої. Послідовність викладення матеріалу варіює залежно від потреб учасників групи. Досліджуваний матеріал підкріплюють візуальним супроводом у вигляді презентації з використанням схем та психосвітніх відеоматеріалів. Для цього використовують записи на дошці або слайди, що узагальнюють тему, роздавальні матеріали, книжки самопомогі, посібники для РР пацієнтів з психічними розладами, фільми. Протягом усіх занять стимулюють напрацювання конструктивних паттернів поведінки та навичок ефективної комунікації

поза групою. Для цього використовують домашні завдання, які можуть передбачати спільне виконання, зустрічі учасників, спілкування по телефону або Інтернету. Отже, РР здатні побачити можливість підтримки, зокрема емоційної або інформаційної, від інших родичів пацієнтів з психічними розладами. Це знижує відчуття ізольованості, безпорадності. Водночас, подібне спілкування може стати в подальшому основою для створення груп взаємодопомоги або батьківських асоціацій.

Орієнтовна змістова структура психокорекційного модуля СМПС
Сесія 1. Знайомство.

В процесі заняття:

- учасники групи знайомляться один з одним;
- ведучий уточнює очікування учасників від роботи; оголошує зміст, цілі та завдання СМПС; вводить правила роботи групи.

Метою першої сесії є створення безпечної, довірливої атмосфери, що дає змогу учасникам групи вільно говорити про свій досвід і свої переживання. Техніка активного слухання допомагає учасникам сформулювати висловлювання, дає їм відчуття цінності для групи їхнього досвіду і переживань, забезпечує емоційною підтримкою і сприяє створенню групової згуртованості. Представляючись, учасники називають своє ім'я, кажуть, хто з членів їх сім'ї хворий, як довго, а також про свої очікування від участі в групі. Водночас треба фокусувати родичів на висловлюваннях про власні проблеми і переживання, пов'язані з психічним розладом у близького.

Нерідко через брак знань про те, що відбувається, почуття сорому або недовіри до групи, родичі не висловлюються про свої негативні почуття до хворого, проблеми агресивної поведінки пацієнта, сексуальні проблеми або сумніви щодо ефективності призначеної терапії. Важливо допомогти учасникам групи сформулювати всі значущі питання. Надалі ця інформація допомагає будувати заняття психокорекційної групи з огляду на запит кожного учасника.

Учасникам психокорекційної групи розповідають про СМПС, її цілі та переваги. Референтним родичам повторюють, що заняття будують в режимі інтерактивного спілкування, орієнтованого на запити учасників групи. Учасникам пропонують попередній тематичний план зустрічей і погоджують з ними, які теми потребують особливої уваги, якщо є потреба — вводять додаткові теми. Додатково наголошують, що всі заняття інформаційно пов'язані між собою і бажано відвідувати всі заняття.

У психокорекційній групі спільно обговорюють правила роботи групи, що створює відчуття безпеки і поліпшує внутрішньогрупову взаємодію:

- правило конфіденційності;
- правило вільно висловлювати свою думку і ставити запитання;
- право сказати «ні»;
- право бути вислуханим;
- право на безоцінне прийняття (учасників обмежують щодо висловлювання критичних або осудливих зауважень один про одного).

Подібний стиль спілкування дає учасникам психокорекційної групи досвід ефективної міжособистісної взаємодії, який вони можуть використовувати в своїх сім'ях, зокрема, під час спілкування з хворим родичем.

Сесія 2. Причини психічних розладів.

В процесі заняття:

- обговорюють інформацію про біопсихосоціальну теорію розвитку психічних розладів;
- індивідуально для кожного учасника групи аналізують стресові та тригерні чинники, що провокують загострення захворювання;
- індивідуально для кожного учасника аналізують протективні чинники в рамках концепції психологічної резильєнтності.

Метою заняття є виявлення і корекція помилкових переконань про природу психічних розладів, формування уявлень про причини психічних розладів, розвиток навичок виявлення і оцінювання стресових чинників, зниження самостигматизації сім'ї, пов'язаної з фактом захворювання.

Основна ідея заняття полягає в тому, що розвиток психічних розладів зумовлений взаємодією набору різних біопсихосоціальних чинників.

Увагу учасників акцентують на тому, що виникнення психічного розладу пов'язане з біологічною схильністю, що виявляється в порушенні обміну нейромедіаторів. Вказують, що ці порушення, ймовірно, генетично зумовлені. Подібна тактика дає змогу виробити адекватне ставлення родичів до психофармакотерапії і зменшити почуття провини за розвиток психічного розладу у члена сім'ї.

Одночасно треба бути уважними до емоційних реакцій учасників під час обговорення цієї інформації, оскільки вона може актуалізувати пошук «носія гену хвороби» в сім'ї. Таким «носієм» легко стає член сім'ї з характерологічними особливостями. Техніки сократівських

запитань, віддзеркалення, активного слухання і когнітивної реструктуризації допомагають скоригувати подібні реакції.

Важливо вказати на роль низької толерантності до стресового впливу в прояві біологічної схильності до хвороби і особливо наголосити можливості сім'ї щодо зниження негативного впливу стресів, якими є втрата роботи, конфлікти, критика або вживання психоактивних речовин.

Індивідуально для кожного учасника психокорекційної групи розробляють стратегії щодо можливостей попередження загострень у пацієнта.

Слід акцентувати увагу РР на можливості успішного результату, на тому, що ЕПР не є аналогом недоумства або агресивної поведінки в майбутньому.

Сесії 3—5. Прояви психічних розладів.

В процесі заняття:

- для родичів хворих з афективними розладами — обговорюють інформацію про прояви депресії і манії;
- для родичів хворих на параноїдну шизофренію — обговорюють інформацію про прояви порушень мислення, маячіння і галюцинацій;
- обговорюють інформацію про хворобливий характер поведінки пацієнта;
- розробляють стратегії ефективного реагування на незвичайну, агресивну або небезпечну поведінку пацієнта;
- розробляють стратегії участі сім'ї у відновленні психосоціальних втрат пацієнта.

Основна мета заняття — допомогти РР вибудувати способи ефективної взаємодії з пацієнтом. Це здійснюють через розуміння родичами причин хворобливого характеру поведінки пацієнта, його суб'єктивного досвіду і потреб, розмежування патологічних і здорових форм поведінки. Підвищення компетентності родичів у розумінні проявів психічних розладів опосередковано знижує почуття тривоги у зв'язку зі зміненою поведінкою пацієнта і самостигматизацією.

Інформація про прояви психічних розладів обговорюється за певною схемою:

- прояви симптомів ЕПР в поведінці пацієнта;
- суб'єктивне переживання симптомів пацієнтом;
- розробка стратегій ефективної взаємодії з людиною, яка переживає цей симптом.

Інформацію надають з огляду на індивідуальний досвід учасників. Цей спосіб розвиває у РР навички спостереження за станом

хворого. Характер інформації має бути максимально гнучким. Рекомендується обговорювати не нозологічні форми, а окремі хворобливі прояви.

Для корекції неефективних інтерперсональних інтеракцій і розроблення стратегій взаємодії з хворим родичем використовують техніку моделювання поведінки. Спільний пошук рішень учасниками та обмін досвідом дають родичам відчуття, що їх ситуація не безвихідна, допомагають їм використовувати власні ресурси розв'язання проблем.

Техніка репетиції поведінки дає змогу учасникам розробляти стратегії реагування на агресивну чи незвичайну поведінку, маячні або суїцидальні висловлювання, стратегії введення обмежень, висловлення негативних почуттів, відмови, прохання, похвали. Родичів інструктують, що висловлювання треба формулювати чітко, з використанням «Я-повідомлень» та з урахуванням актуального психічного стану пацієнта з ЕПР.

Аналіз дисфункціональних інтеракцій, як-от критика, подвійні повідомлення, звинувачення, дає змогу коригувати комунікативний стиль в сім'ї та сприяє подоланню стресових впливів.

Використовуючи техніку відображення, можна емоційно підкріплювати засвоєні родичами ефективні стратегії взаємодії з проявами розладу. Такий спосіб дає РР відчуття, що вони можуть самостійно знайти розв'язання багатьох проблем взаємодії з хворим, що в свою чергу підвищує почуття власної компетентності, дає відчуття контролю ситуації та знижує сімейну тривожність.

Змістовну частину підкріплюють роздавальними матеріалами, що містять правила взаємодії з пацієнтом:

1. Дайте можливість хворій людині зберігати гідність, розмовляйте з нею ввічливо, як дорослий з дорослим.
2. Темп мовлення повинен відповідати темпу мовлення хворого (іноді він може бути повільніше, ніж Ви звикли в звичайному житті).
3. Формулюйте фрази чітко і просто, будьте лаконічні і не загострюйте дискусію, в разі потреби — повторіть сказане.
4. Говоріть спокійним голосом з доброзичливою інтонацією.
5. Звертаючись до хворого родича, в разі потреби — приверніть його увагу до себе.
6. У разі виникнення тривоги або напруження надайте йому можливість перервати розмову і усамітнитися.
7. Будьте послідовні і передбачувані.
8. Чітко і послідовно формулюйте обмеження і правила.

9. Оцінюйте реальні можливості хворого родича. Не вимагайте від нього вирішення завдань, які можуть бути зараз непосильні (спілкування з друзями, підготовка до іспитів тощо)

10. Відзначайте успіхи. Схвалюйте навіть незначні успіхи пацієнта.

11. Уникайте зайвої критики і оцінних висловлювань. Робіть зауваження з приводу небажаних дій, а не особистості пацієнта загалом. Говоріть спокійним, некритичним тоном.

12. Реагуючи на дії пацієнта, постарайтеся зрозуміти, що стоїть за його поведінкою або почуттями (неадекватні або агресивні реакції пацієнтів часто зумовлені хворобливими переживаннями і не пов'язані з особистістю близьких).

13. Інсталюйте надію і підтримуйте позитивний настрій.

14. Розв'яжуйте проблеми поетапно.

15. Не чекайте ініціативи від пацієнта, залучайте до спільної діяльності.

16. Спілкуючись з близьким, зважайте на добові коливання настрою при депресії (погане самопочуття вранці і поліпшення в другій половині дня).

17. Якщо у Вашого близького є суїцидальні переживання говоріть з ним про це, постарайтеся з'ясувати, як Ви можете його підтримати. Обов'язково повідомляйте про суїцидальні думки і переживання лікаря-психіатра!

18. Чітко формулюйте правила або те, що Вас не задовольняє в поведінці хворого родича.

19. Не переконуйте пацієнта, намагаючись таким способом вивести його з маячіння або галюцинацій.

20. Не намагайтеся довести пацієнту, що його твердження не відповідають реальності. Визнайте, що є різниця між його і Вашим сприйняттям.

21. Відповідайте на немаєчні висловлювання. Ігноруйте маячні висловлювання або переключайтесь на інші теми.

22. Пам'ятайте, що Ваші різкі рухи, несподівані дотики можуть підвищити тривогу або спричинити агресивну реакцію.

Сесії 6, 7. Ознаки загострення. Типи перебігу психічних розладів.

В процесі заняття:

- обговорюють інформацію про ознаки рецидиву хвороби;
- для кожного учасника групи обговорюють індивідуальні маркери загострення у пацієнта;
- розробляють стратегії поведінки РР в ситуації загострення;

— обговорюють інформація про типи перебігу і одужання при психічних розладах;

— обговорюють модель Recovery при психічних розладах.

Мета заняття полягає в тому, щоб навчити родичів розпізнавати ознаки, що передують рецидиву, і розробити стратегію дій в ситуації загострення. Навчання сім'ї вмінню бачити ранні ознаки рецидиву забезпечує можливість раннього втручання, що дає змогу зменшити тяжкість симптоматики і запобігти госпіталізації пацієнта, знижує у родичів почуття тривоги, невизначеності, удосконалює активну позицію сім'ї у співпраці з лікарями, сприяє комплаєнтній поведінці.

Обговорення вибудовують через виявлення ознак, що передували розгортанню афективної або гострої психопатологічної симптоматики. На ці ознаки родичі можуть орієнтуватися як на маркери ймовірного загострення.

Змістовну частину підкріплюють роздавальними матеріалами, вона резюмує ознаки погіршення стану:

1. Поява тривоги, підозрливості, настороженості.
2. Підвищена дратівливість.
3. Неадекватні емоційні реакції і/або незвичайна поведінка.
4. Порушення сну.
5. Порушення настрою (поява ознак депресії або манії, часта зміна настрою протягом дня).
6. Важко сконцентрувати увагу, складності щодо засвоєння інформації.
7. Поява або посилення замкнутості, труднощі в спілкуванні.
8. Втрата інтересів, ініціативності, зниження соціальної активності.
9. Відмова від ліків (у випадках, коли раніше пацієнт чітко дотримувався запропонованого режиму приймання препаратів).
10. Різка зміна звичок.
11. Надцінне ставлення до філософії, психології, політики, релігії або комп'ютерних ігор.

У груповому обговоренні кожний учасник психокорекційної групи складає план дій у разі погіршення стану хворого. У нього входить список симптомів погіршення стану для цього пацієнта, контактний телефон лікаря, якому довіряють хворий і родичі, і до якого можна звернутися у разі погіршення стану, а також дії, якщо буде потреба екстреної допомоги.

Техніку репетиції поведінки використовують для розвитку навичок конструктивної взаємодії з лікарем, зниження тривоги перед спілкуванням з медичним персоналом.

Тему одужання при психічних розладах викладають з позиції моделі Recovery. В техніці когнітивної реструктуризації подають ідею про те, що в процесі видужання сім'я насамперед має бути зорієнтована не так на повернення до преморбідного стану, як на пошук пацієнтом і сім'єю нового сенсу і мети, відновлення задоволеності життям.

Важливо пояснити РР, що на одужання та відновлення потрібен час. Це не завжди лінійний поступальний процес, за періодом поліпшення може відбуватись погіршення або «плато». Це знижує почуття тривоги родичів, допомагає подолати уявлення про пацієнта як про «невиліковно хворого», є профілактикою психосоціальних втрат.

Сесії 8, 9. Методи лікування.

В процесі заняття:

— обговорюють інформацію про принципи медикаментозної терапії при психічних розладах;

— обговорюють інформацію про механізми дії і побічні ефекти психотропних препаратів;

— розробляють стратегію дій в ситуації відмови пацієнта від медикаментозної терапії;

— обговорюють інформацію про види немедикаментозної терапії в лікуванні ЕПР.

Метою заняття є формування у РР адекватних уявлень про цілі, механізми дії, результати психофармакотерапії, розуміння потреби підтримки прихильності до лікування і співпраці з лікарями. Це здійснюють завдяки аналізу наявних у родичів уявлень і виявленню помилкових переконань про психотропні засоби, їхній вплив на розлад, побічні ефекти, а також через надання інформації про конкретні препарати, які отримували або отримують хворі родичі учасників групи. Інформацію надають за такою схемою: механізм дії, форми приймання препарату, ефективність, побічні ефекти, способи їх подолання. Подібне конструктивне обговорення знижує відчуття невизначеності і тривоги у зв'язку з початком медикаментозної терапії при ЕПР.

Аналогія з необхідністю тривалої медикаментозної терапії при багатьох соматичних захворюваннях, наприклад есенціальній гіпертензії або хворобах ендокринної системи, допомагають у подоланні самостигматизації сім'ї. Змістовну частину підкріплюють роздавальними матеріалами, вона резюмує загальні принципи призначення медикаментозної терапії:

1. Індивідуальний підбір схеми лікування.
2. Симптоматичний принцип вибору препарату.

3. Поступовий підбір ефективних дозувань на початкових етапах лікування.

4. Поступове зниження дози при стабілізації стану.

5. Кореляція між стадією захворювання, дозами і режимом приймання ліків (в гострій стадії хвороби дози препаратів будуть максимальними, а приймання може бути частішим).

6. Нагальна потреба тривалої медикаментозної терапії.

7. Обґрунтованість моніторингу деяких соматичних показників при тривалій психофармакотерапії.

Група спільно розробляє стратегії участі родичів у формуванні пацієнта відповідальності за самостійне дотримання режиму приймання ліків, а також, якщо треба, їхніх дій в ситуації відмови пацієнта від медикаментозної терапії.

Інформацію про немедикаментозні види терапії надають з акцентом на те, що додаткові методи терапії мають протипоказання, і відповідні рішення про долучення додаткових методів приймає тільки лікуючий лікар.

Заняття 8 і 9 вибудовують на основі запитів учасників групи та на них можна розширювати обговорення певних тем, наведених у попередніх заняттях.

Сесія 10. Соціально-правові аспекти.

В процесі заняття:

- обговорюють Закон «Про психіатричну допомогу»;
- обговорюють інформацію:
 - про умови надання відомостей про психічне здоров'я;
 - про форму диспансерного спостереження і консультативно-лікувальної допомоги;
 - про процедуру отримання групи інвалідності;
 - про процедуру звільнення від військової служби, отримання академічної відпустки в навчальному закладі;
 - про організації, які надають різні форми допомоги при психічних розладах (громадські організації, соціальні служби);
- розробляють стратегію поведінки родичів в ситуації недобровільної госпіталізації пацієнта;
- обговорюють можливості подальшого навчання і працевлаштування для людей з психічними розладами та з інвалідністю внаслідок психічного захворювання;
- обговорюють можливості створення сім'ї і народження дітей у осіб з психічними розладами.

Основна мета заняття — підвищення почуття соціальної захищеності через підвищення компетентності в сфері інструментів юридичного та соціального захисту пацієнтів з ЕПР та їхніх сімей. Це сприяє зниженню тривоги родичів за майбутнє хворого, зменшенню гіперопіки, самостигматизації, розвитку активної соціальної позиції родичів, стимулює взаємопідтримку і мотивацію до подальшої участі у бустерних групах, групах взаємодопомоги та батьківських асоціаціях.

Інформацію надають у формі групової дискусії з огляду на досвід і знання учасників. При достатній підготовці і згуртованості групи обговорення теми примусової госпіталізації може бути орієнтовано на емоційний аспект проблеми.

У разі потреби група спільно розробляє тактику поведінки родичів при категоричній відмові пацієнта від приймання ліків.

У формі стратегічного планування група обговорює тему незалежного проживання людей з психічними захворюваннями. Ця тема потребує обговорення таких аспектів:

- реалістична оцінка можливостей пацієнта;
- виокремлення основних цілей та визначення участі родичів;
- складання покрокової програми розвитку навичок, що дають змогу людині з психічним розладом жити самостійно.

Увагу групи привертають до того, що вимоги сім'ї до хворого родича не повинні перевищувати його можливості.

Сесії 11, 12.

В процесі заняття обговорюють:

- інформацію про закономірності адаптації до хронічного стресу;
- інформацію про способи напрацювання психологічної резильєнтності членів сім'ї;
- інформацію про способи релаксації і зняття психоемоційного напруження;
- результати участі в програмі.

Основна мета заняття — посилення групової згуртованості та усвідомлення групою ресурсів взаємодопомоги.

Обговорення вибудовують в формі обміну думками і досвідом. Учасники діляться своїми способами селф-менеджменту в ситуації стресу і зняття психоемоційного напруження.

Увагу групи акцентують на тому, що в основі емоційного селф-менеджменту членів сім'ї лежить дотримання власних потреб та інтересів. Кожний член сім'ї має право на особистий простір, на повагу, на вираження власних почуттів.

В результаті проходження програми родичі повинні отримати такі уявлення про психічні розлади:

1. Сім'я пацієнта — не безпорадна, члени сім'ї здатні допомогти пацієнтові розпізнати загострення на ранніх етапах, таким способом знизити ризик повторної госпіталізації та інших негативних наслідків загострення.

2. Для ефективного лікування та реабілітації пацієнта потрібна активна співпраця сім'ї та фахівців у сфері охорони психічного здоров'я.

3. Психічні розлади мають виразний і доказовий біологічний компонент. Члени родини не винні у наявності ЕПР у родича.

4. Типові порушення при психічних розладах відомі, описані, можуть бути розпізнані і успішно піддаються лікуванню.

5. Процеси, що відбуваються в сім'ї пацієнта, спричинені захворюванням, а не навпаки.

6. Хвороба часто призводить до соціальної ізоляції не тільки пацієнта, але і сім'ї загалом, що ускладнює процес ресоціалізації пацієнта.

7. У ситуації виникнення та виявлення психічного розладу стрес переживає не тільки пацієнт, але і вся сім'я загалом.

8. Емоційний стан сім'ї відбивається на процесі відновлення пацієнта, в зв'язку з чим членам сім'ї слід уважно ставитися до своїх потреб і активно використовувати наявні форми допомоги (зокрема медико-психологічні) для підтримки власних адаптивних ресурсів та забезпечення психологічної резильєнтності в умовах наявності в сім'ї хворого з ЕПР.

Зміни у сімейному функціонуванні пацієнтів з ЕПР запроваджують за допомогою:

— розширення усвідомлення впливу захворювання пацієнта на сімейну систему на психоемоційному, побутовому, ресурсному рівнях;

— поліпшення розуміння родичами власних психоемоційних реакцій та відповідних реакцій комунікативних партнерів;

— вміння визначати актуальні психологічні потреби учасників спілкування;

— планування спільної стратегії у протидії захворюванню та його наслідкам;

— розширення спектра знань щодо психологічних особливостей пацієнта на різних етапах перебігу захворювання;

— усвідомлення особливостей власних психологічних реакцій у комунікації з хворим;

— формування навичок емоційної компетентності;

— здатність до ідентифікації та усунення комунікативних бар'єрів;

— вміння регулювати власний психоемоційний стан;

— навички психологічної самопомоги та взаємодопомоги.

Запитання для контролю знань

1. Назвіть основні причини деформації сімейного адаптаційного потенціалу у референтних родичів хворих з ЕПР.

2. Охарактеризуйте етапи деформації психологічного адаптаційного потенціалу сім'ї, де проживає хворий з ЕПР?

3. Надайте характеристику етапів психокорекційного модуля СМПС для родичів хворих із ЕПР.

4. Назвіть протипоказання до залучення до участі у заняттях психокорекційного модуля СМПС.

5. Перелічіть ознаки ймовірного загострення ЕПР, які слід засвоїти референтним родичам. Які основні правила взаємодії з пацієнтом референтні родичі повинні засвоїти в процесі участі в СМПС?

Список використаної літератури

1. Гурович І. Я., Шмуклер А. Б. Практикум по психосоціальному ліченню і психосоціальної реабілітації психически больных. Москва : Медпрактика-М, 2002. 180 с.

2. Пшук Н. Г. Роль соціально-терапевтичного середовища в ефективності лікування первинного психотичного епізоду / Н. Г. Пшук, Л. В. Стукан, А. О. Камінська // Раннє втручання в психоз (нові діагностичні та терапевтичні парадигми) : колективна монографія за ред. проф. П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Видавець Строков Д. В., 2019. С. 251—272.

3. Юрьєва Н. М. Порівняльний аналіз соціального і родинного функціонування та якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію // Архів психіатрії. 2014. № 1 (76). С. 52—58.

Розділ 3.

Охорона психічного здоров'я хворих на депресію

3.1. Поширеність депресивних розладів у сучасних умовах

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресія є основною причиною поганого стану здоров'я та інвалідності в усьому світі. На сьогодні понад 300 мільйонів людей у світі живуть з депресією. Зростання більш ніж на 18 % тільки за десятиріччя (з 2005 до 2015 року) спостерігалось останнім часом. Через брак підтримки і побоювання стигматизації багато людей з депресивними розладами не звертаються за лікуванням, потрібним для того, щоб вони могли жити здоровим і продуктивним життям.

За науковими даними, депресія поширена в усіх вікових групах. Саме тому, що депресія є основною причиною інвалідності в світі, вона робить значний «внесок» в глобальний тягар хвороб. Жінки більшою мірою схильні до депресії, ніж чоловіки. Щороку розроблюють та впроваджують у практику нові методи та засоби лікування, але незважаючи на це, у найгіршому разі депресія може призводити до самогубства.

Депресія — це розлад, що характеризується постійним станом зневіри і втратою інтересу до усіх видів діяльності, що зазвичай дають задоволення (це називають ангедонією), а також нездатністю робити повсякденні справи протягом, щонайменше, двох тижнів (зниження енергійності). Крім того, у людей, що хворіють на депресію, зазвичай є кілька з перелічених симптомів: бракує енергії, знижений апетит, сонливість або безсоння, тривога, зниження концентрації уваги, нерішучість, занепокоєння, почуття власної нікчемності, провини або відчаю, а також думки про заподіяння собі шкоди або самогубство.

Від депресії страждають не тільки люди різного віку, але й в усіх соціальних категоріях населення і в усіх країнах. Депресія заподіює

психічні страждання, негативно відбивається на здатності людини виконувати навіть найпростіші повсякденні завдання і іноді може мати катастрофічні наслідки для взаємин людини з близькими і друзями, а також здатності людини заробляти собі на життя. У крайніх випадках депресія може привести до самогубства — на сьогодні вона є другою провідною причиною смерті серед людей віком 15—29 років. Проте, депресія піддається профілактиці і лікуванню. Більш глибоке розуміння того, що собою являє депресія та як її можна запобігти абовилікувати, допоможе розв'язати негативні стереотипи, пов'язані з цим захворюванням, і підштовхнути більшу кількість людей до того, щоб звернутися по допомогу.

У всьому світі негативні стереотипи, пов'язані з психічними захворюваннями, включно з депресією, як і раніше заважають людям звертатися по допомогу. Обговорення проблеми депресії з членом сім'ї, другом або подругою чи з професійним медпрацівником; в великих групах людей, наприклад, в школі, на робочому місці та на соціальних заходах; в суспільстві, в новинних засобах масової інформації, блогах або соціальних мережах — все це допомагає зруйнувати негативні стереотипи.

Виходячи з того, що депресія може початися у кожного, просвітницька та інформаційна кампанія повинна бути націлена на кожную людину, незалежно від віку, статі чи соціального стану.

У Всесвітній організації охорони здоров'я вирішили з особливою увагою підійти до трьох категорій населення, яких ця проблема стосується набагато більшою мірою, ніж інших:

- молодь віком 15—24 роки,
- жінки дітородного віку (особливо молоді матері),
- люди похилого віку (старше за 60 років).

Ризик виникнення депресії погіршується бідністю, безробіттям, життєвими подіями, як-от втрата близької людини або розрив взаємин, фізичної хворобою і проблемами, спричиненими алкогольною чи наркотичною залежністю. Депресія, яку не лікують, може перешкодити людині вести трудову діяльність, брати участь в житті сім'ї і спільноти або довести до самогубства.

Ефективними засобами профілактики та лікування депресії є приймання антидепресантів або психотерапія, або ж поєднання цих двох методів. Подолання негативних стереотипів, пов'язаних з лікуванням депресії, негативних наслідків, побічних ефектів терапії, подолання міфів про звикання до засобів лікування (зокрема у деяких медичних працівників, що не досить обізнані щодо депресії

та психотропних речовин) дасть змогу допомогти більшій кількості людей звернутися по допомогу. Розмова з людьми, яким ви довіряєте, може бути першим кроком до позбавлення від депресії.

За даними ВООЗ, у багатьох країнах люди з депресивними розладами психічного здоров'я якщо і отримують якусь підтримку, то дуже невелику. Навіть в країнах з високим рівнем доходу близько половини людей з депресією не отримують лікування. В середньому, з державних бюджетів в охорону психічного здоров'я інвестується лише 3 %: від менш 1 % в країнах з низьким рівнем доходу до 5 % — в країнах з високим рівнем доходу. Інвестиції в охорону психічного здоров'я економічно обґрунтовані. Кожний долар США, інвестований в розширення масштабів лікування депресії і тривожних станів, дає 4 долари США завдяки поліпшенню здоров'я та здатності працювати.

Лікування зазвичай охоплює розмовну терапію та/або лікування антидепресантами. Обидва варіанти можна пропонувати працівникам охорони здоров'я, які не є фахівцями, після короткого курсу спеціальної підготовки і на основі використання спеціально розроблених для цього ВООЗ Програми дій у сфері психічного здоров'я (mhGAP) та Керівництва mhGAP, що переведено багатьма мовами та є у вільному доступі (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241596206> та WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf). В Україні такі навички можна придбати, наприклад, в закладах післядипломної освіти. Понад 90 країн з різними рівнями доходу ввели в дію або розширили програми, що забезпечують лікування депресії та інших психічних розладів, на основі використання цього Керівництва mhGAP. В Україні ці питання регламентовано юридично законами та відповідними протоколами щодо надання допомоги хворим на депресію.

Поширеність депресії в Європі серед дорослих чоловіків становить 9 %, а серед дорослих жінок — 17 %. Економічні витрати, пов'язані з депресією, вражають: 2007 року економічні витрати тільки на депресію становили в Європейській економічній зоні €136,3 млрд. Найбільша частка цих витрат пов'язана зі скороченням продуктивності праці (€99,3 млрд) і витратами на охорону здоров'я (€37,0 млрд).

Бездіяльність коштує дорого. За результатами проведеного ВООЗ дослідження, за підрахунком витрат на лікування і за наслідками щодо здоров'я в 36 країнах з низьким, середнім і високим рівнем доходів, низькі рівні визнання і доступу до медичної допомоги щодо депресії та тривожного розладу, призводять до глобальних економічних втрат у трильйон доларів США на рік. Цих втрат зазнають сім'ї, роботодавці та уряд. Сім'ї зазнають грошових втрат, коли люди не можуть

працювати. Роботодавці зазнають збитків від того, що їх працівники стають менш продуктивними та нездатними працювати. Уряди змушені підвищувати витрати на охорону здоров'я і соціальне забезпечення.

В межах всього Європейського регіону проблеми психічного здоров'я стали однією з провідних причин невиходу на роботу і достроковому виходу на дострокову пенсію. Нинішній економічний спад (пов'язаний з пандемією) з його наслідками для ринку праці ймовірно спричинить за собою зниження можливостей людей з проблемами депресії щодо працевлаштування, а також зниження якості життя і самих цих людей, і членів їхніх сімей. Треба впроваджувати методики реагування на ті проблеми і завдання в сфері охорони психічного здоров'я, що пов'язані із сучасним трудовим життям, розробляти та впроваджувати заходи з подолання бар'єрів щодо працевлаштування людей з депресією, а також способи підвищення рівня соціальної інтеграції та можливостей працевлаштування таких осіб в умовах нинішнього глобального економічного спаду (зокрема, в умовах так званої «коронакризи»), підвищувати інформування асоціацій пацієнтів (якщо вони є), людей, що доглядають за хворим членом сім'ї, підприємств, профспілок, політиків і науковців. Можливо, слід подбати про створення таких громадських організацій або сприяти їхньому розвитку, наприклад через надання потрібної інформації щодо депресивних розладів.

Збільшення кількості біженців, шукачів притулку і незаконних мігрантів ставить непросте завдання перед службами охорони психічного здоров'я в країнах Європи, зокрема й України як частини Європи. Ці групи піддаються факторам ризику розвитку психічних розладів, особливо депресій, до, під час і після міграції. Поширеність психотичних афективних розладів і порушень, спричинених вживанням психоактивних речовин, в цих групах різниться, але загалом відповідає показникам, які спостерігаються серед населення країн, що приймають. Однак у біженців і шукачів притулку відзначаються вищі рівні поширеності посттравматичних стресових розладів. Погані соціально-економічні умови пов'язують з підвищеними показниками депресії за п'ять років після переселення. Біженці, шукачі притулку і незаконні мігранти стикаються з перешкодами для доступу до послуг з охорони психічного здоров'я. Належна практика в галузі охорони психічного здоров'я передбачає сприяння соціальній інтеграції, створення системи обслуговування на виїзді, надання інформації про права на отримання допомоги і наявні послуги, а також навчання

спеціалістів роботі з цими групами. Реалізація цих заходів потребує ресурсів і організаційної гнучкості.

ВООЗ виявила міцні зв'язки між депресією та іншими неінфекційними розладами і захворюваннями. Депресія підвищує ризик розвитку розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, і деяких хвороб, а саме діабет і хвороби серця; і навпаки, люди з цими порушеннями здоров'я піддаються підвищеному ризику розвитку депресії. Крім того, у таких випадках депресія збільшує ризик самогубства — з цієї причини щороку обриваються сотні тисяч людських життів.

Доступність на всіх рівнях системи охорони здоров'я лікарських засобів, потрібних для лікування психічних розладів, зокрема депресивних, є важливою проблемою. Доступ до ліків при психічних розладах (зокрема і психотропних препаратів) передбачає правильний вибір, доступність і правильне використання цих препаратів, які ґрунтуються на фактичних даних щодо правильного призначення лікарських препаратів хворим з депресивними розладами.

В галузі охорони психічного здоров'я у сенсі широкого адекватного розуміння понять психічного здоров'я і депресивних розладів можуть бути застосовані чотири основоположні принципи. По-перше, виходячи з того, що психічне здоров'я є глобальним суспільним благом і має значення для сталого розвитку країни, її соціально-економічного статусу, лікування депресивних розладів та їх профілактика є важливими умовами щодо існування та розвитку країни. По-друге, проблеми психічного здоров'я існують у межах сукупності розладів: від легкого, обмеженого за часом дистресу до хронічних, здатних прогресувати, та станів, що сильно інвалідизують (від короткотривалої депресивної реакції до хронічного рекурентного депресивного розладу, резистентного до терапії та тривалого). Сучасний синдромальний підхід до діагностики депресивних розладів, попри те що і є корисним для клінічної практики, проте не точно відображає різноманітність і складність потреб в сфері охорони психічного здоров'я окремих осіб або груп населення. По-третє, психічне здоров'я кожної людини є унікальним продуктом соціальних та середовищних впливів, насамперед на початку життя, завдяки взаємодії генетичних, неврологічних та психологічних факторів, що впливають на біологічні процеси в головному мозку. По-четверте, психічне здоров'я є одним з основних прав людини для всіх людей і потребує правозахисного підходу в цілях його зміцнення та збереження.

Знання про соціальні детермінанти депресивних розладів, разом з біологічними, дають змогу своєчасно їх діагностувати, лікувати

та запобігати. Дослідження соціальних детермінант психічних розладів послідовно демонструють міцний зв'язок між соціальним неблагополуччям і поганим станом психічного здоров'я. Бідність, проблеми, пережиті в дитинстві, насильство були виявлені як ключові фактори ризику виникнення і персистування депресивних розладів, що, в свою чергу, було пов'язане з втратою доходу через низький рівень освіти, скорочення можливостей працевлаштування та продуктивності праці. Ці складні, різноспрямовані механізми призводять до порочного кола взаємопов'язаних несприятливих умов щодо виникнення та розвитку депресій та відводять їм вирішальну роль в передачі бідності з покоління в покоління.

3.2. Біологічні детермінанти психічного здоров'я

Ранні дослідження генетики психічних розладів показали наявність і силу генетичних факторів, але не розкрили глибинну біологічну основу психічних розладів. Згодом подешевшавши, швидкі технології секвенування дали змогу консорціумам зі збору геномних даних досліджувати генетику психічних розладів в глобальному масштабі. Виявлені значні збіги в генетичному успадкуванні (люди міцно пов'язані між собою походженням з Африки), але також і значні варіації між людьми. Ці варіації охоплюють як поширені, так і рідкісні варіанти генів, які взаємодіють між собою (епістаз) і сприяють прояву різних фенотипів (плейотропія). Психічні розлади мають різний ступінь успадкованого і є полігенними, з внеском рідкісних варіантів з великим ефектом (особливо при розладах аутистичного спектра і розумовій відсталості) і безлічі варіантів з малим ефектом (особливо при депресії, тривожних розладах і шизофренії). Крім того, в генетичній архітектурі є різного ступеня нашарування між різними психічними і фізичними станами: наприклад, численні варіанти з малим ефектом збільшують ризик розвитку шизофренії та біполярного розладу, але шизофренія і ревматоїдний артрит негативно корелюють з полігенним ризиком.

Середовищні стресори можуть впливати на психічне здоров'я, зокрема на депресію, впливаючи на експресію генів (наприклад, через залучення або незалучення генів). Ранній та тривалий вплив стресорів може призвести до розладів психічного здоров'я. Експресія генів змінюється протягом життя під впливом низки механізмів. Деякі епігенетичні зміни, пов'язані зі середовищні стресорами, успадковуються в декількох поколіннях, що означає, що нащадки мають підвищений ризик розвитку фенотипу, асоційованого

з певною мутацією. Виявлення кластерів дизрегульованих генів і вдосконалені технології нейровізуалізації можуть дати важливу інформацію щодо розуміння психічних розладів, включно з спостереженням за епігенетичними змінами в мозку людини і розробленням нових стратегій втручання.

Вплив різних форм стресу на психічне здоров'я, зокрема на депресію, добре вивчено. Наприклад, стресори бідність, педагогічна занедбаність, сексуальне і фізичне насильство можуть підвищувати концентрацію запальних цитокінів і негативно впливати на психологічне функціонування.

Імунна система є біологічною структурою, яка становить усе більший інтерес в сфері психічного здоров'я, і за даними низки досліджень, у частини людей з психічними розладами (депресія і психози) є зміни в біомаркерах запалення. Такі результати спричинили інтерес до застосування протизапальних препаратів в лікуванні психічних розладів, зокрема депресії, і до можливостей використання імунної системи з метою зміцнення психічного здоров'я. Поточні дослідження спрямовані на визначення того, де і як нейрозапальні механізми «перетинаються» з процесами нейрогенезу і апоптозу, нейротрансмітерними і нейроендокринними (наприклад, гіпоталамо-гіпофізарної віссю) системами і мікробіомом кишечника щодо впливу на психічне здоров'я.

На початку 1990-х років, за думкою дослідників, стався трансформаційний методологічний прорив у вимірюванні глобального тягаря хвороб в роках життя з поправкою на інвалідність (індекс DALY), що дало змогу порівняти тягар психічних розладів з тягарем інших захворювань за допомогою оцінки їх впливу як на роки життя з інвалідністю, так і на передчасну смертність. На момент подання першої доповіді 1996 року глобальний тягар психічних розладів (здебільшого протягом років життя з інвалідністю та з переважанням депресивних розладів та розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю) був значним і неухильно збільшувався в наступні два десятиліття, що частково можна пояснити демографічними та епідеміологічними змінами. Цей тягар, ймовірно недооцінений через високу передчасну смертність, пов'язану з депресивними розладами, і той факт, що деменція і самогубства не були включені до цього переліку. Наприклад, тоді як з психічними розладами пов'язують менше мільйона смертей на рік, деякі моделі підрахунку демонструють, що тільки 2010 року загинуло 13 мільйонів людей з психічними розладами, і цих смертей можна було б уникнути.

Вчені окреслили п'ять основних великих завдань в сфері глобального психічного здоров'я, зокрема щодо запобігання депресії та допомоги хворим на депресивні розлади:

1. Інтегрувати основні пакети послуг в галузі охорони психічного здоров'я в первинну медико-санітарну допомогу.

2. Сприяти зниженню вартості і забезпеченню стабільних поставок ефективних психотропних препаратів для лікування психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин, коморбідних з депресивними розладами (за деякими даними рівень коморбідності — від 67 % до 96 %).

3. Сприяти підготовці медичних працівників в країні для надання науково обґрунтованої допомоги дітям з психічними, неврологічними розладами і розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

4. Забезпечувати адекватний догляд та реабілітаційні заходи щодо людей з депресіями та супутніми хронічними соматичними захворюваннями.

5. Надавати більше уваги темі психічного здоров'я під час підготовки всіх медичних працівників для забезпечення справедливого розподілу постачальників послуг в галузі охорони психічного здоров'я.

Сучасний погляд на глобальне психічне здоров'я і сталий розвиток в сфері психічного здоров'я повинен бути розширений — від усунення прогалин в лікуванні до скорочення тягаря депресивних розладів за допомогою одночасного використання профілактики, підвищення якості допомоги, розширення можливостей медичної сфери завдяки залученню соціальної допомоги.

Ключові принципи для переосмислення проблем охорони психічного здоров'я хворих на депресію на сучасному етапі такі:

- Стадіальний підхід до розуміння та реагування на проблеми психічного здоров'я.

- Узгодження різних точок зору про вплив соціальних і біологічних факторів на проблеми психічного здоров'я на життєвій траєкторії процесів нейророзвитку.

- Визнання психічного здоров'я основоположним правом людини для всіх людей, зокрема, для людей, схильних до ризику психічних розладів, або які вже живуть з психічними розладами.

Це може бути реалізовано за допомогою нововведень в сфері глобального психічного здоров'я, як-от:

- Поділ функцій в проведенні психосоціальних заходів з неспеціалізованими працівниками в системі охорони психічного здоров'я.

- Координація первинної та спеціалізованої допомоги для досягнення моделі збалансованого догляду.
- Впровадження цифрових платформ для полегшення здійснення заходів щодо всього континууму надання медичної допомоги.
- Здійснення заходів на базі місцевих громад для підвищення попиту на медичну допомогу.

Задля розширення масштабів заходів в галузі охорони психічного здоров'я, задля генерування та впровадження ідей потрібні інвестиції. Найважливішою можливістю для науки про психічне здоров'я є конвергенція знань з різних дисциплін, що дає надію на нове розуміння природи психічних розладів і того, як вони розвиваються, розроблення ефективніших психосоціальних і фармакологічних втручань, а також розуміння того, як виконувати ці ефективні втручання в широкому масштабі. Наприклад, інтеграція генетики, нейронаук і клінічних дисциплін може привести до поліпшення клінічно значущих фенотипів, здатності виявляти психічні розлади на ранніх стадіях і можливості виявлення нових середовищних і біологічних механізмів як цілей для втручання. Аналогічно, експертні знання в сфері політичних, економічних і соціальних наук повинні використовуватися для відповіді на найважливіші питання про те, як вживати широкомасштабних заходів. Зусилля з розширення масштабів заходів в галузі охорони психічного здоров'я надають важливу можливість для використання результатів досліджень поряд із виконанням конкретних програм. Дослідження закладають основу для впровадження новітніх наукових розробок і трансформують доказову базу в цій галузі, а більш широкі цілі цієї програми можуть бути керівництвом для дій з досягнення завдань в галузі охорони психічного здоров'я. Ранній і безперервний діалог між дослідниками і фахівцями з планування політики в галузі охорони психічного здоров'я особливо важливий задля забезпечення того, щоб проведені дослідження відповідали потребам нашої країни, чинили прямий і безпосередній вплив на систему охорони психічного здоров'я загалом та щодо хворих на депресивні розлади.

Відповідно до «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р, однією з основних проблем в сфері охорони психічного здоров'я в Україні є слабка обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, що призводить до стигматизації та несвоєчасного звернення по професійну

допомогу, та брак системи профілактики психічних розладів, що базується на фактичних даних, та ефективної популяризації психічного здоров'я, зокрема «життя без депресії».

3.3. Охорона психічного здоров'я хворих на післяпологову депресію

Післяпологова депресія (ПД) — досить поширений психічний розлад, з розвитком біохімічних, гормональних і імунних порушень. ПД може супроводжуватись вираженими клінічними проявами та серйозними наслідками для самої жінки, дитини та сім'ї загалом. За даними Філоненка О. В., Голенкова А. В. (2011), породіллі в 85 % випадків хворіють на депресію різного ступеня вираженості. До того ж доведено, що медсестри служб охорони материнства і дитинства частіше, ніж інші медичні працівники і лікарі, стикаються з жінками, що хворіють на післяпологову депресію (Rush P., 2012).

За даними огляду літератури, 67,1 % з 520 опитаних медсестер назвали акушерсько-гінекологічну клініку найкращим місцем для виявлення ПД, а Единбурзьку шкалу післяпологової депресії (яку легко адаптувати та розповсюдити) — зручним інструментом для скринінгу. Водночас половина медсестер в США регулярно надають консультативну допомогу в різній формі таким хворим, а приблизно 75 % — беруть участь в тренінгових програмах з підвищення рівня своїх навичок в цій сфері. В Австралії понад 50 % випадків депресії залишаються поза увагою під час скринінгу в офісах сімейних лікарів і центрах охорони материнства і дитинства. 95 % медсестер бачили пацієток з ПД і близько половини спостерігали таких жінок в останні 6 місяців.

Дуже цікаву роботу проведено Голенковим А. В. та співавт. щодо діагностики післяпологових депресій за результатами опитування медичних сестер та формування тактики ведення таких хворих. 200 медичних сестер, з яких 63 — акушерсько-гінекологічного профілю, 50 — психіатричного, 87 — інших спеціальностей) розпізнали післяпологову депресію за описаною клінічною ситуацією в 77,0 % випадків (що є дуже непоганим результатом виходячи з того, що лише чверть з опитаних роблять у сфері охорони психічного здоров'я).

Важко вирішуються питання, пов'язані з наданням консультативної допомоги та лікуванням таких жінок. Хоча питання консультативної допомоги та лікування стосуються насамперед компетенції лікаря, розробка програм навчання медсестер служб сімейної медицини, охорони материнства і дитинства підвищать якість допомоги жінкам з післяпологовою депресією.

Рекомендації хворим на післяпологову депресію:

- Фізична активність, йога.
- Консультації, зокрема сімейні, за телефоном або онлайн.
- Цілковитим відмовитися від алкоголю та інших психоактивних речовин.
- Більше спілкуватися з сім'єю, друзями, чоловіком.
- Відвідувати групи самопомоги, читати спеціальну літературу.
- Звертатися по допомогу лікарів: сімейного, гінеколога, психіатра.
- Уникати допомоги непрофесіоналів (цілителі, екстрасенси та інші) та використання потенційно шкідливих або неефективних (коли немає доказової бази) методів та засобів (так званих «народних методів», біологічно активних речовин, гомеопатії тощо).
- Використовувати психотропні засоби для лікування післяпологової депресії винятково за рекомендаціями лікаря.
- Застосовувати ті методи психотерапії та психокорекції, що мають достатню доказову базу (когнітивно-поведінкова терапія тощо).

3.4. Охорона психічного здоров'я дітей, підлітків та молоді, що хворіють на депресію

За даними ВООЗ, 75 % психічних розладів виникають до закінчення підліткового віку, до того ж депресія є однією з провідних причин захворюваності, а самогубства є третьою за значимістю причиною смертності.

Факторами ризику, що впливають на психічне здоров'я дітей і підлітків та сприяють виникненню та розвитку депресії, є такі:

- біологічні, соціальні та екологічні детермінанти на ранніх етапах зачаття, вагітності і післяпологового періоду;
- несприятливі емоційні і соціальні умови в сім'ї;
- несприятливі міжособистісні взаємини учасників освітнього процесу в школі, зокрема і однолітків, батьків і педагогів;
- невідповідність методів навчання цілям освіти і віковим психологічним особливостям дітей, несприятливе емоційне освітнє середовище;
- несприятливе макросередовище: демографічні, економічні, політичні, культурні, екологічні та науково-технічні фактори.

Дослідження поширеності несприятливих подій дитинства, що мали за мету виявити соціально-демографічні характеристики і встановити зв'язок між несприятливими подіями і поведінкою, що завдає шкоди здоров'ю, показали, що поширеність жорстокого поводження з дітьми в цій групі — висока та представлена такими

чинниками: сексуальне насильство (5,7 %), фізичне насильство (14 %), емоційне насильство (37,9 %) і емоційне нехтування (57,9 %). Також поширені побутові дисфункції, 11,1 % з опитаних були свідками жорстокого поводження з матір'ю. 84,6 % опитаних повідомили про принаймні одну, але частіше респонденти стикалися з двома несприятливими подіями (28,2 %), а 17,5 % опитаних повідомило про чотири і більше несприятливих подій у дитинстві. Результати дослідження показують, що ймовірність впливу таких форм поведінки, що завдають шкоди здоров'ю (куріння, вживання алкоголю і наркотиків, велика кількість сексуальних партнерів і спроб самогубства) зростає зі збільшенням доступності.

Вкрай потрібні сучасні стратегії для попередження жорстокого поводження з дітьми та інших несприятливих подій дитинства які служитимуть профілактикою психічних розладів у дітей і підлітків та перешкоджатимуть виникненню та розвитку депресії.

Профілактичних заходів щодо депресивних психічних розладів у дітей та підлітків можуть вживати постачальники послуг у місцях, де ці послуги можна виконувати.

До постачальників послуг належать:

- медичні фахівці (сімейні лікарі, гінекологи, неврологи, психіатри та інші);
- немедичні фахівці (психологи, вихователі і педагоги, соціальні працівники, логопеди і дефектологи, вихователі дитячих будинків і інтернатів, фахівці в сфері фізичної культури, культури і мистецтва, охорони праці, права);
- неспеціалісти (інші споживачі послуг, зокрема і старші діти і підлітки, біологічні, прийомні і патронатні батьки, опікуни).

Місця, в яких надають послуги:

- медичні установи (поліклініки, амбулаторії, денні стаціонари, жіночі консультації, фельдшерсько-акушерські пункти);
- освітні установи (дошкільні, загальноосвітні школи, заклади професійно-технічної освіти, заклади вищої освіти);
- місця роботи батьків;
- заклади соціального захисту;
- установи пенітенціарної системи.

Також до профілактичних щодо депресивних психічних розладів у дітей та підлітків можуть бути віднесені специфічні заходи, а саме профілактичні програми з підлітками під патронатом психологів; профілактичні програми, що забезпечують суспільно корисну зайнятість дітей і підлітків; підготовка волонтерів в сфері охорони

психічного здоров'я; профілактика нехімічних залежностей; просування цінностей психічного здоров'я через інформаційну діяльність; підвищення інтересу до читання, світової та вітчизняної літератури, культури, літературно-творчої діяльності у дітей і підлітків; забезпечення наступності поколінь — основи для збереження духовних і моральних традицій сучасного суспільства; зниження ризиків десоціалізації, насильства, агресії у дітей та підлітків; попередження професійного вигорання педагогів та підвищення кваліфікації з питань психічного здоров'я дітей та підлітків.

За порадами ВООЗ щодо профілактики депресій у дітей та підлітків, треба розвивати систему організації охорони психічного здоров'я через створення Експертної ради з охорони психічного здоров'я дітей і підлітків на основі міждисциплінарної взаємодії при уряді; розроблення спеціалізованих програм навчання з підготовки фахівців в сфері охорони психічного здоров'я дітей і підлітків; розроблення стандартизованих практичних цільових програм з профілактики психічних розладів.

Колектив спеціалістів (Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Міхановський Н. Г. та Матковська Т. Н.) у Державній установі «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» розробив пріоритетні проблеми охорони психічного здоров'я дітей та підлітків ще більш ніж 10 років тому. Рекомендовано до впровадження сучасні медичні і організаційні технології, включно з стандартами і протоколами ведення хворих з психічними розладами в дитячому віці. Встановлено високий рівень пограничної психічної патології у дітей та підлітків, переважно невротичних і поведінкових розладів. Складність і схожість психопатологічної структури невротичних розладів у дітей і підлітків, їх резистентність до терапії визначають актуальність подальшого пошуку методологічних підходів щодо їх діагностики та лікування. Когнітивна дисфункція супроводжує, часто маскує власне афективний складник синдрому, становить додаткові труднощі щодо діагностики та лікування невротичних розладів. Дотепер практично не вивчена роль окремих нейромедіаторних систем і біогенних амінів в розвитку невротичних розладів у підлітків, що ускладнює вибір оптимальної патогенетичної психофармакотерапії. Окрім того, немає у достатній кількості лікарських форм та показань щодо цієї вікової групи.

Конвергентна модель психічного здоров'я пропонує єдину перспективу для об'єднання результатів, отриманих в галузі науки про розвиток, нейронаук і епідеміології. У ранні дитячі роки несприятливі сімейні обставини призводять до того, що діти відчувають

стрес в ранньому віці, що може спричинити проблеми з психічним здоров'ям у подальшому житті. Дослідження методом магнітно-резонансна томографія показують, що об'єм сірої речовини в мозку, що розвивається, залежить від сімейного доходу і соціально-економічного статусу в ранньому дитинстві, і ці ефекти помітні в ділянках мозку, що відповідають за різні когнітивні функції, а саме гіпокамп (пам'ять), мигдалина (соціально-емоційна обробка), префронтальна кора (виконавча функція) і кора лівої півкулі (мовлення). Батьківські втручання, націлені на ранні життєві стресори або когнітивні стимули можуть поліпшити когнітивні функції у дітей та зменшити частоту проблем із психічним здоров'ям у пізнішому віці.

3.5. Конвергентний підхід щодо психічного здоров'я

Конвергентний підхід намагається пояснити взаємозв'язок між різними спостереженнями про причини психічного здоров'я та психічних розладів. Цей підхід розглядає сильний зв'язок психічних розладів з соціальним неблагополуччям і несприятливими факторами, з якими людина стикається в дитинстві, а також той факт, що більшість психічних розладів виникають в підлітковому та юнацькому віці. Цей підхід передбачає, що соціальні та економічні чинники є ризиком щодо психічного здоров'я або забезпечують психологічну стійкість через їх вплив на розвиток і функціонування мозку, опосередковане геномними та нейронними механізмами протягом усього життя. Однак ефект соціальних і економічних факторів (бідність, травми, жорстоке поводження, нейротоксини, життєвий стрес, освіта або виховання дітей) буде змінюватись на різних етапах життєвого шляху і є найбільш помітним на етапах розвитку в ранньому і підлітковому віці. Крім того, люди можуть формувати своє оточення і досвід таким способом, який впливає на їх психічне здоров'я, а відмінності в соціальному досвіді можуть бути частково зумовлені генетичними факторами, які впливають на індивідуальні відмінності в когнітивних, соціальних і поведінкових здібностях.

Отже, конвергентний підхід спрямований на повний облік фактичних даних, отриманих із різних дисциплін, що надають інформацію про причини проблем психічного здоров'я. Це завдання потребує такої ж уваги до соціально-економічних фенотипів (або екзофенотипів), як і до клінічних фенотипів. Конкретизація понять дитяча депривація або стрес імовірно потребує емпіричних досліджень, що допоможуть вивчити та пояснити механізми впливу соціальних та економічних чинників на психічне здоров'я. Реальна перспектива конвергентного

підходу полягає в тому, що він використовує і динамічно інтегрує одночасно кілька рівнів пояснення для побудови складних моделей, що спрямовують профілактику і втручання протягом усього життя людини.

3.6. Охорона психічного здоров'я хворих на депресію та супутні соматичні розлади

Переосмислення системи психічного здоров'я у майбутньому потребує залучення заходів, що пов'язані з профілактикою і лікуванням депресивних розладів, та їх застосування на ключових етапах розвитку протягом усього життя. Також треба надавати особливу увагу справедливому розподілу ресурсів (наприклад, не тільки міському населенню, але й жителям сільських районів), а також тому, щоб заходи втручання цілеспрямовано застосовували для усунення соціальних диспропорцій і несприятливих умов.

Щодо депресії — розширення послуг системи охорони психічного здоров'я передбачає, за даними спеціалістів, сім стратегій втручання: навчання навичкам з догляду або виховання, навчання життєвим навичкам в школах, оздоровчі програми на робочому місці, соціальна участь літніх людей в суспільстві, психологічне лікування перинатальної депресії, психологічна допомога дорослим і фармакологічне лікування депресії у дорослих. Цей набір заходів лише ілюструє передову практику і є далеко не вичерпним. Для кожного втручання потрібен стабільно високий рівень охоплення — до 80 %, що дасть змогу отримати очікувані результати.

Похилий вік

Здорова і активна старість є реалістичною метою, вже досягнутої багатьма, навіть якщо є несприятливі фактори, як-от погіршення здоров'я, збільшення функціональних обмежень, тяжкість втрати партнерів і друзів і соціальна ізоляція. З точки зору зміцнення здоров'я, психічне здоров'я і благополуччя людей похилого віку не можуть бути відокремлені від загального стану здоров'я, функціонування та соціального добробуту. Зміцнення здоров'я протягом усього життя, профілактика хронічних захворювань, оптимізація функціонування та розширення можливостей щодо реалізації потреб, а також підвищення якості та доступності загальної мережі медичного обслуговування мають велике значення для поліпшення психічного здоров'я літніх людей. Заходи, потрібні для досягнення прогресу в цьому напрямку, включені в Глобальну стратегію і план дій ВООЗ з проблем старіння і здоров'я і передбачають приведення систем охорони здоров'я

у відповідність до потреб літніх людей, створення сприятливого для літніх людей середовища і зміцнення системи довгострокового догляду. У кожній з цих сфер важливе значення має гостра потреба розширення прав і можливостей літніх людей, поваги і заохочення автономії, а також прагнення до ефективного, всеосяжного соціального захисту від економічних ризиків і ризиків для здоров'я.

Хронічні захворювання та пов'язана з ними інвалідність, поширеність яких збільшується з віком, на сьогодні є найбільш важливими факторами ризику виникнення депресії в літньому віці. Така мультиморбідність серед літніх людей є одним з основних факторів, що визначають витрати на охорону здоров'я і соціальну допомогу, і являє собою серйозну проблему для розробки і надання медичних послуг, які задовольняють потреби літніх людей. Заходи з профілактики хронічних захворювань, які сприяють припиненню куріння і зниженню артеріальної гіпертензії, надають додаткові переваги в зменшенні частоти депресії. Рівень смертності від самогубств — вищий у літніх людей, ніж в інших вікових групах, і спроби самогубства мають високу летальність; пригнічений настрій разом з фізичними захворюваннями, болем і соціальною роз'єднаністю є основними супутніми факторами. Зусилля щодо профілактики самогубств потребують більш ефективного виявлення і лікування депресії (підвищення обізнаності, відповідна підготовка медичних працівників і ефективний скринінг) і систематичної оцінки та запобігання усім спробам самогубства; крім того, перспективною стратегією є телефонні контакти з уразливими літніми людьми. Наявність функціональних порушень використовують для виявлення літніх людей з субсиндромальною депресією, яка може прогресувати до клінічних епізодів, і проведення низькорівневих, поетапних втручання щодо догляду видається економічно ефективним в цій ситуації.

Поширеність деменції подвоюється з кожним 5-річним збільшенням віку і, в поєднанні з депресією, стає домінантним фактором тяжкого психічного розладу у людей похилого віку. Прогаляни в діагностиці деменції досягають 50 % в багатьох країнах з високим рівнем доходу і можуть перевищувати 90 % в країнах з низьким рівнем доходу. До третини випадків деменції можна було б попередити. Дослідження факторів ризику розвитку деменції підтверджують причинно-наслідкову роль низької освіти, гіпертонії, куріння, фізичної інертності і діабету протягом життя. Активізація профілактичних зусиль зі скорочення впливу цих факторів ризику може дати важливі переваги щодо здоров'я літніх людей.

Більшість заходів з лікування депресивних розладів у дорослих може бути застосовано і до людей похилого віку, хоча дози ліків, можливо, потрібно буде зменшити, і ризик побічних ефектів і лікарських взаємодій може обмежити можливості в деяких випадках. Низькоінтенсивне психологічне втручання з ефективністю за усім спектром тяжкості має бути пріоритетним як перша фаза поетапного лікування депресії. Поведінкова активація, спрямована на відновлення участі в діяльності, що дає задоволення, та розширення соціальної участі є перспективним терапевтичним варіантом і може мати трансдіагностичне застосування; поведінкова активація корисна для пацієнтів з депресією, а також з коморбідною деменцією і має загальні елементи з когнітивної стимулюючої терапії. Прогресування деменції не може бути змінено за допомогою терапевтичного втручання, але симптоматичне лікування та підтримка дають помітну користь, насамперед завдяки збереженню навичок самогляду та самообслуговування.

При належному догляді, психосоціальній підтримці та медикаментозному лікуванні десятки мільйонів людей з психічними розладами, включно з депресією, могли б жити нормальним життям, навіть в умовах обмежених ресурсів.

Запитання для контролю знань

1. Значимість депресивних розладів у сучасній системі охорони психічного здоров'я.
2. Особливості охорони психічного здоров'я молоді віком 15—24 роки, хворих на депресію.
3. Особливості охорони психічного здоров'я жінок дітородного віку (особливо молодих матерів), хворих на депресивні розлади.
4. Особливості охорони психічного здоров'я людей похилого віку (старших за 60 років), хворих на депресію.
5. Наведіть характеристику ключових принципів щодо переосмислення проблем охорони психічного здоров'я хворих на депресію на сучасному етапі.

Список використаної літератури

1. Preventing depression in the WHO European Region (Профілактика депресії в Європейському регіоні ВОЗ). Європейське регіональне бюро ВОЗ. Копенгаген. 2016 г. 16 с. URI: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2016/preventing-depression-in-the-who-european-region-2016>.
2. Депресия: давай поговорим. URI: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru>.

3. mhGAP Intervention Guide — Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Руководство по применению mhGAP — Версия 2.0 для лечения психических, неврологических расстройств и наркозависимости в неспециализированных медицинских учреждениях). Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2017 г. 174 с.

4. Mental health and well-being at the workplace — protection and inclusion in challenging times (Психическое здоровье и благополучие на работе: защита людей с проблемами психического здоровья и улучшение их социальной интеграции в трудные времена). Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010. 52 с.

5. Stefan Priebe, Domenico Giacco, Rawda El-Nagi. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region (Аспекты общественного здравоохранения, связанные с охраной психического здоровья мигрантов и беженцев: обзор фактических данных об охране психического здоровья беженцев, лиц, ищущих убежища, и незаконных мигрантов в Европейском регионе ВОЗ) / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2016. 57 с.

6. Improving access and appropriate use of medicines for mental disorders (Улучшение доступа и правильное использование медицинских препаратов при психических расстройствах). Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2017. 96 с.

7. Predictors, help-seeking behaviour and treatment coverage for depression in adults in Sehore district, India / Shidhaye R., Lyngdoh T., Murhar V. [et al.] // BJPpsych Open. 2017. 3(5). 212—22. DOI: 10.1192/bjpo.bp.116.004648.

8. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review / Goodman S. H., Rouse M. H., Connell A. M. [et al.] // Clin Child Fam Psychol Rev. 2011. 14(1). 1—27. DOI: 10.1007/s10567-010-0080-1.

9. Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Міхановський Н. Г., Матковська Т. Н. Пріоритетні проблеми охорони психічного здоров'я дітей та підлітків // Архів психіатрії. 2010. Вип. 6, № 2. С. 75—80.

10. Филоненко А. В., Голенков А. В. Влияние послеродовой депрессии на семью (обзор) // Психическое здоровье. 2011. № 6. С. 71—76.

11. Rush P. The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression // Matern. Child Health J. 2012; 16 (2): 322—7. DOI: 10.1007/s10995-010-0688-2.

12. Голенков А. В. Мещанинова В. П. Филоненко А. В. Распознавание послеродовой депрессии и тактика ведения таких больных // Медицинская сестра. 2012. № 4.

Розділ 4. Охорона психічного здоров'я при адиктивних розладах

4.1. Охорона психічного здоров'я при хімічних адикціях

Загальновідомо, що етиловий спирт завдає шкоди не тільки фізичному, а й психічному здоров'ю осіб, які ним зловживають. Зважаючи на це, на порушення, пов'язані зі зловживанням алкоголем, мають бути спрямовані значні профілактичні зусилля, як з боку суспільства, так і з боку системи охорони здоров'я.

За даними Manthey та спававт., з 1990 до 2017 року в світі суттєво збільшився показник вживання алкоголю серед дорослого населення: з 5,9 до 6,5 літрів на особу. Прогнозується і подальше підвищення цього показника: до 2030 року він може становити 7,6 л/особу. Водночас поширеність довічного утримання знижується (з 46 % 1990 року до 43 % 2017 року, із подальшим прогнозом зниження до 40 % 2030 року), а частка тих, хто п'є, збільшиться до 50 % до 2030 року.

За даними дослідження BOO3 з використанням універсальної системи оцінки шкоди здоров'ю (DALY), на 2019 рік у структурі причин тягаря серед психічних розладів на першому місці є депресивні розлади (28 %), на другому місці — тривожні розлади (17 %), на третьому — розлади, що спричинені вживанням наркотиків (12 %), а на четвертому — розлади, пов'язані з вживанням алкоголю (11 %). Виходить, сумарний тягар хімічних залежностей посідає перше місце в структурі DALY серед психічних розладів. Подібна ситуація складається і в Україні: сумарний вплив алкогольних та наркотичних розладів посідає перше місце, а якщо розглядати окремо — то майже 29 % становлять розлади внаслідок вживання алкоголю, і 11 % — внаслідок вживання наркотиків. Зазначимо, що шизофренія, як одне з захворювань, що найбільше інвалідизує, має лише 7 % в структурі DALY серед психічних розладів в Україні.

Є дані щодо ефективності низки заходів для зниження негативного впливу алкоголю на здоров'я населення.

Серед основних напрямків охорони психічного здоров'я вирізняють такі:

- вплив на фактори розвитку психічних і поведінкових розладів;
- ефективна наркополітика;
- програми зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин.

Виходячи з біопсихосоціальної концепції хвороби та стрес-діатезної моделі психічних розладів, можна виокремити такі чинники, що впливають на розвиток залежності від ПАР:

1. Біологічні — обтяжена спадковість, яка зумовлює схильність до формування залежності та/або інших психічних розладів, коморбідним яким може бути вживання та залежність від психоактивних речовин.

2. Психологічні — вплив особливостей особистості, кризових етапів розвитку.

3. Соціальні — значним фактором ризику виникнення залежності є наявні мікро- та макросоціальні конфлікти. На першому місці у підлітків — проблемні сімейні стосунки, які виникають у дисфункціональних родин.

Національний інститут США з питань зловживання наркотиками (NIDA) пропонує соціально-екологічну модель формування адиктивних розладів з певних рівнів:

- Особисті: специфічні для людини фактори, а саме вік, освіта, дохід, генетика, здоров'я та психосоціальні сильні сторони.

- Взаємини: у найближчому соціальному колі людини — між членами сім'ї, однолітками, вчителями та інші близькі стосунки, які сприяють збагаченню діапазону досвіду та можуть вплинути на їхню поведінку.

- Спільнота: умови, в яких відбуваються соціальні стосунки, а саме школи, робочі місця, онлайн-спільноти та мікрорайони.

- Суспільство: фактори соціального рівня, які часто називають соціальними детермінантами здоров'я, охоплюють умови в середовищі, в якому живуть люди, які впливають на їхнє здоров'я та благополуччя.

Ефективна наркополітика держави має базуватися на таких принципах:

1) інвестування коштів у здоров'я (профілактика, зниження шкоди, лікування) та громадську безпеку — як основи сучасної наркополітики;

2) забезпечення вільного доступу до життєво потрібного лікування (опіоїдні анальгетики, препарати замісної підтримувальної терапії тощо);

3) припинення криміналізації та позбавлення свободи людей, які вживають наркотики, оскільки залежні особи — насамперед хворі, а не злочинці;

4) переорієнтація дій правоохоронних органів на боротьбу з організованою злочинністю (зосередження ресурсів на найбільш руйнівних та насильницьких елементах наркобізнесу, а не тих, хто перебуває на найнижчій сходинці ієрархії, — дрібних дилерах);

5) регулювання та контроль сфери законного (легального) обігу наркотичних засобів силами держави (ліцензування, квоти, рецептурний відпуск, віковий доступ, маркетинг тощо);

6) використання нових критеріїв ефективності наркополітики — зниження негативних наслідків уживання наркотиків (передозування, поширення соціально небезпечних хвороб, насильства тощо) замість гектарів знищених полів незаконно культивованих рослин, об'єму конфіскованих наркотиків, кількості засуджених за злочини, пов'язані з уживанням/зберіганням/поширенням наркотиків.

Також варто надавати увагу й програмам зменшення шкоди від наркотиків, які діють в Україні:

1. Програма обміну та видачі голок і шприців.
2. Профілактика передозувань.

3. Ініціативи щодо зниження шкоди від стимуляторів амфетамінового ряду (психосоціальна підтримка, розповсюдження презервативів та чистого інструментарію для вживання наркотиків, поширення інформації про інфекції, що передаються статевим шляхом).

4. Кімнати безпечного вживання.

Реалізуючи наркополітику та проводячи профілактичну роботу, слід керуватися принципами роботи з наркозалежними особами:

- розуміння замість осуду;
- добровільність та партнерство замість контролю;
- конфіденційність;
- щирість та довірливість стосунків наркозалежного та консультантів;
- міцна співпраця з сім'єю наркозалежного;
- допомога для самопомоги (активність замість пасивності);
- комплексний характер допомоги.

Таблиця 4.1. **Перешкоди та фактори, що сприяють зверненню по допомогу з психічного здоров'я, серед дорослих**

Перешкоди	Фактори, що сприяють
Страх бути стигматизованим	Позитивний досвід звернення по допомогу
Обмежена конфіденційність і довіра	Соціальна підтримка заохочення з боку інших
Труднощі з визначенням симптомів	Сприйняття проблеми як серйозної
Занепокоєність про характеристики постачальника послуг з охорони психічного здоров'я	Конфіденційність і довіра надавачу послуг з охорони психічного здоров'я
Впевненість у собі	Легкість у вираженні емоцій та відкритість
Обмежені знання про послуги психічного здоров'я	Освіта та обізнаність
Побоювання щодо розголосу про звернення по допомогу	Позитивне ставлення до звернення по допомогу

Сучасна концепція лікування алкогольної та наркотичної залежності містить у собі такі принципи:

- відмова від вживання наркотиків,
- добровільність,
- індивідуальність,
- комплексність.

Ключові правила лікування наркотичної залежності:

1) залежність — це складне, хронічне захворювання, що порушує функціонування головного мозку і поведінку людини, але піддається лікуванню;

2) немає єдиного методу лікування, що придатний для всіх;

3) лікування має бути легкодоступним (бажано отримання лікування одразу після звернення по нього);

4) ефективна терапія спрямована на безліч потреб пацієнта (лікування інших психічних захворювань, сприяння у подоланні соціальних проблем), а не тільки на зловживання наркотиками;

5) ефективність лікування дуже залежить від його адекватної тривалості;

6) поведінкова терапія, зокрема індивідуальне, сімейне або групове консультування, є найпоширенішою формою лікування наркозалежності;

7) медикаменти є важливим елементом лікування для багатьох пацієнтів, особливо в поєднанні з консультуванням та іншими поведінковими терапіями;

8) план лікування і ведення пацієнта слід постійно оцінювати і змінювати в разі потреби;

9) багато наркозалежних мають інші психічні розлади (коморбідні стани);

10) медична допомога у вигляді детоксикації є лише першою стадією лікування залежності й сама собою мало що змінює у разі тривалого зловживання наркотиками;

11) лікування не обов'язково має бути добровільним, щоби бути ефективним;

12) під час лікування слід постійно контролювати споживання наркотиків, оскільки рецидиви справді можливі;

13) програми лікування мають передбачати тестування пацієнтів на наявність ВІЛ/СНІДу, гепатитів В і С, туберкульозу та інших інфекційних захворювань, а також забезпечувати цільове консультування щодо зниження ризикованої поведінки.

Стосовно профілактики психічних розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, слід розробляти і впроваджувати стратегії та програми з метою:

- зменшення кількості випадків вживання алкоголю в небезпечних та шкідливих формах;

- профілактики втрати ситуаційного контролю з метою недопущення вживання спиртних напоїв за певних видів діяльності та ситуацій, як-от керування автомобілем або керування обладнанням, на роботі або під час вагітності;

- зниження загального обсягу споживання алкоголю в країні;

- надання адекватної допомоги особам із проблемами, пов'язаними зі споживанням алкоголю, і особливо людям із супутніми порушеннями психічного здоров'я та поведінки.

Європейська хартія з алкоголю

Хартія була ухвалена на Європейській конференції «Здоров'я, суспільство та алкоголь» (Париж, 12—14 грудня 1995 р.). Хартія встановлює п'ять етичних принципів та цілей діяльності щодо боротьби з негативними наслідками споживання алкоголю у Європі:

- Усі люди мають право на сімейне, суспільне та трудове життя, що захищене від нещасних випадків, насильства та інших негативних наслідків споживання алкоголю.

- Усі люди, починаючи з раннього періоду життя, мають право на обґрунтовану, об'єктивну інформацію та освіту щодо наслідків споживання алкоголю для здоров'я, сім'ї та суспільства.

- Кожна дитина та підліток має право рости та розвиватися у безпечному середовищі, захищеному від негативних наслідків споживання алкоголю, та, наскільки це можливо, на захист від пропаганди та рекламування алкогольних напоїв.

- Усі люди, які вживають алкоголь небезпечним способом або завдають шкоди здоров'ю, та члени їхніх сімей мають право на доступне лікування та догляд.

- Усі люди, які не бажають споживати алкоголь або не можуть це робити за станом здоров'я чи іншими причинами, мають право на захист від примусу до його вживання та на підтримку своєї поведінки, що характеризується невживанням спиртних напоїв.

Декілька поведінкових методів лікування показали перспективні результати в лікуванні коморбідних станів. Ці підходи можуть бути адаптовані до пацієнтів залежно від віку, конкретного лікарського забору та інших факторів. Їх можна використовувати окремо або у поєднанні з ліками.

Деякі ефективні методи лікування коморбідних станів:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає змінити шкідливі переконання та поведінку.
- Діалектична поведінкова терапія була розроблена спеціально для зменшення поведінки, пов'язаної з самоушкодженням, включно зі спробами самогубства, думками чи спонуканнями; порізами; та вживанням наркотиків.
- Активне лікування у співтоваристві наголошує на охопленні спільноти та індивідуальний підхід до лікування.
- Терапевтичні співтовариства — це поширена форма тривалого стаціонарного лікування, спрямована на ресоціалізацію людини.

4.2. Охорона психічного здоров'я при нехімічних адикціях

У сучасному суспільстві, яке засноване на знаннях (*knowledge society*), використання сучасних комп'ютерних технологій практично в усіх сферах діяльності людини — вже доконаний факт. Усього за кілька десятиліть сформувалася кіберкультура зі своїм віртуальним світоглядом, різноманітними соціальними мережами і стилем життя. Певний час люди проводять у віртуальному світі і великою мірою залежать від нього. Поступово інформаційне середовище набуває характеру базового, а міжособистісні та соціальні відносини

набувають характеру вторинних. В суспільстві, заснованому на знаннях, систему «людина — людина» поступово замінює система «людина — машина», а *Homo Faber* перетворюється на *Homo Informaticus*. Відбувається зміна середовища існування сучасної людини, що супроводжується ментальними трансформаціями (рис. 4.1).

Індустріальне суспільство	→	Суспільство, засноване на знаннях
Система «людина — людина» <i>Homo Faber</i> Базисне середовище проживання — соціальне Домінантні стосунки: групові та міжособистісні		Система «людина — машина» <i>Homo Informaticus</i> Базисне середовище проживання — інформаційне Домінантні стосунки: віртуальні, що підтримуються інформаційно-мережевими технологіями
Наслідки: трансформація свідомості, раціоналізація психічної діяльності, емоціональне відчуження, десоціалізація та деструктивні зміни психіки		

Рис. 4.1. Динаміка соціальних і ментальних характеристик при суспільних трансформаціях

Офіційно Інтернет став загальнодоступним з 6 серпня 1991 року, а існування комп'ютерної залежності у користувачів Інтернету було офіційно визнано в США вже 1995 року. Поряд з позитивними ефектами взаємодії людини з гаджетами, виникають також і негативні наслідки (табл. 4.2).

Серед негативних наслідків кіберзалежність є найпоширенішою (особливо серед підлітків і осіб молодого віку). Відповідно до сучасних уявлень, кіберзалежність — це збірна група різних поведінкових залежностей, де комп'ютер є лише засобом їх реалізації, а не їхньою причиною.

Дані про поширеність кіберадикцій — дуже варіабельні: від 1,5—8,2 % у США і Європі до 4—18 % у розвинених країнах Сходу. У підлітків ця різниця ще більш виражена: від 0,9 % до 38 %.

Важливою особливістю залежної поведінки у осіб молодого віку є можливість легкого переходу від однієї форми адикції до іншої. Досить часто у них спостерігаються одночасно різні види залежності. Крім того, кіберадикції часто коморбідні з депресивними та обсессивно-компульсивними розладами, синдромом дефіциту уваги і гіперактивності, високим рівнем соціальної тривоги та хімічною адикцією.

Таблиця 4.2. Ефекти взаємодії людини і комп'ютера¹

Позитивні	Негативні
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Можливість управління і оброблення великих масивів інформації (<i>big data</i>), у виконанні складних і неординарних завдань ➤ Розвиток логічного, прогностичного та оперативного мислення ➤ Адекватна вимогам віртуальної реальності трансформація пізнавальних процесів, сприйняття, мислення, пам'яті ➤ Підвищення самооцінки і впевненості в собі ➤ Формування позитивних особистісних рис: ділова активність, точність, акуратність, впевненість в собі 	<p style="text-align: center;">СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • виражена соціальна, сімейна, професійна та навчальна дезадаптація • девіантні форми поведінки • матеріальні проблеми <p style="text-align: center;">ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • зниження інтелектуальних здібностей і редукція елементарних шкільних знань (через використання функцій «Перевірка орфографії», «математичні дії» тощо) • зниження гнучкості пізнавальних процесів • деформація структури особистості <p style="text-align: center;">МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • соматоневрологічні: головний біль за типом мігрені, біль в спині, кон'юнктивіт, оніміння і біль в пальцях кисті (синдром карпального каналу) тощо • психіатричні: кіберзалежність, порушення сну, депресія, суїцидальна поведінка тощо

4.2.1. Фактори ризику розвитку кіберзалежності

Найбільш схильні до кіберадикцій особистості, що мають певні психологічні характеристики та девіації у вихованні.

1. Виховання в дитинстві:

- формування ранньої тривоги у зв'язку з емоційним напруженням і тривожністю матері;
- психологічні травми в дитинстві;
- гіпер- або гіпопротекція з боку матері та емоційне дистанціювання з боку батька.

2. Особливості особистості:

- відчуття самотності і низька самооцінка, що спричиняють проблеми в спілкуванні;
- зовнішня соціабельність, що сполучається зі страхом перед сталими емоційними контактами;
- емоційна відчуженість;
- схильність до пошуку нових відчуттів;

¹ Тут і далі комп'ютер — це електронна машина, яка зберігає інформацію та використовує програми, які допомагають знаходити, упорядковувати або змінювати інформацію.

- непродуктивні копінг-стратегії;
- агресивність і тривожність;
- схильність до залежності;
- низька комунікативна компетентність;
- схильність до уникнення проблем і відповідальності, що сприяє переходу із реального в віртуальний світ;
- відсутність захоплень або хобі, не пов'язаних з комп'ютером.

Розрізняють такі особливості спілкування в Інтернеті, які сприяють «відходу від реальності» і формуванню кіберадикцій:

- безмежні можливості для спілкування, де немає потреби утримувати увагу певної людини, коли є бажання можна замінити її на іншу;
- немає загрози здоров'ю, а привабливість співрозмовника не залежить від його фізичних, вікових і гендерних характеристик;
- спілкування — анонімне, вільне, що провокує до відвертих обговорень інтимних питань;
- можливість реалізації своїх найсміливіших фантазій, де свобода дій не обмежена морально-етичними нормами. В мережі Інтернет людина може уявити себе в будь-якому образі, змінити вік, стать і сімейний статус тощо.

У дослідженнях «Фонду Розвитку Інтернет» розрізняють такі потреби, які задовольняють за допомогою Інтернету:

- автономія і самостійність;
- самореалізація і визнання;
- належність до групи за інтересами;
- можливість здійснення фантазій;
- оволодіння новими знаннями, що сприяє досягненню визнання в референтній групі і самореалізації;
- використання Інтернету дає відчуття володіння ситуацією і контролю над нею, що задовольняє потребу в безпеці як базову серед потреб людини.

4.2.2. Профілактика кіберзалежності

Під час профілактики адиктивної поведінки треба зважати на інтегральний характер проблеми, включно з соціально-психологічними і психологічними чинниками. Профілактика адиктивної поведінки набуває особливої значущості у підлітковому віці. Особливо потрібно надавати увагу тим, у кого відхід від реальності ще не отримав свого яскравого вираження, хто тільки починає засвоювати адиктивні паттерни поведінки в тяжких суперечках з потребами середовища,

хто потенційно може бути залучений в різні види адиктивної реалізації.

Недостатня ефективність профілактичних і корекційних програм зумовлена тим, що родичі користувачів і самі користувачі комп'ютерів не ідентифікують ознаки, що характеризують ризик розвитку комп'ютерної залежності, як стан передхвороби і звертаються до фахівців тільки на етапі вже сформованої комп'ютерної залежності. Тому первинна профілактика є надзвичайно важливою ланкою в загальній системі превенції кіберзалежності.

В Європейському Союзі затверджена програма «Безпечний Інтернет» (Safer Internet Programme), мета якої полягає в розширенні прав і захисту дітей та молодих людей в *online*. Програма є мультидисциплінарною і орієнтована на підвищення обізнаності користувачів в сфері кібербезпеки, на боротьбу з незаконними і деструктивними контентом і поведінкою.

В реалізації програми беруть участь співробітники національних правоохоронних органів, члени неурядових організацій, представники наукового співтовариства та органів корпоративного самоврегулювання.

Для створення безпечного *online* середовища програма «Безпечний Інтернет» передбачає реалізацію таких напрямків діяльності:

- фінансування цільових проєктів, спрямованих на створення безпечного онлайн-середовища для дітей і підлітків;
- підтримка Дня безпечного Інтернету;
- організація Форуму безпечного Інтернету;
- стимулювання і підтримка корпоративного саморегулювання;
- взаємодія з іншими міжнародними організаціями.

Залучення громадянського суспільства в проблематику кібербезпеки дітей та молоді широко використовується в країнах Європейського Союзу (ЄС). Наприклад, члени Європейського молодіжного і Європейського батьківського комітетів організували дискусійні майданчики, де обговорюють думки та пропозиції дітей, підлітків і дорослих з проблеми безпечного використання Інтернету. В подальшому стратегічні питання обговорюють в ширшому форматі на Форумі безпечного Інтернету.

В Україні запропонована Національна стратегія захисту дітей в цифровому середовищі на 2021—2026 роки (<https://bit.ly/38PhRHk>) яка передбачає не тільки безпеку для дітей щодо злочинів, а й вплив на наявні ризики для безпеки та здоров'я дітей, зокрема і на ймовірність адикції.

Технології первинної профілактики кіберзалежності

Попередження розвитку кіберадикції — основне завдання первинної профілактики, здійснюють в таких напрямках:

- інформаційний;
- освітній;
- виховна робота серед молоді;
- робота з батьками;
- адміністративно-законодавчі заходи.

Первинна профілактика спрямована на поліпшення психологічної адаптації користувачів гаджетів, їх міжособистісних взаємин, на ознайомлення з ознаками розвитку комп'ютерної залежності та можливими її наслідками.

Виокремлено такі технології первинної профілактичної роботи (табл. 4.3).

Таблиця 4.3. Технології первинної профілактики кіберзалежності

Технології	Характеристика
Інформаційні	Надання інформації про шкідливі наслідки надмірного користування гаджетами, перші ознаки формування залежності та профілактичні заходи щодо її запобігання
Освітні	Просвітницькі програми; програми навчання батьків; програми навчання педагогів; програми навчання психологів та соціальних працівників; навчальні програми для учнів шкіл, ліцеїв і коледжів
Забезпечення зайнятості	Заохочення до просоціальних форм поведінки Реалізація захоплень Додаткове навчання Тимчасове працевлаштування
Корекція сімейних стосунків	Формування стосунків, що сприяють повноцінному вихованню дитини Загальні інтереси всіх членів родини, Емоційна підтримка, психологічний захист
Духовні	Усвідомлення духовних цінностей та етичних стандартів

Метою *інформаційних заходів* є надання інформації користувачам комп'ютерів, їх батькам та вчителям про перші ознаки формування залежності та профілактичні заходи, спрямовані на її запобігання.

Фахівці рекомендують батькам використовувати такі стратегії для профілактики розвитку комп'ютерної залежності у дітей та підлітків:

1. Показувати особистий позитивний приклад. Важливо, аби слова не розходилися з ділом. І якщо батько дозволяє дитині грати за комп'ютером не більше години на день, то й сам він не повинен грати більш трьох-чотирьох годин.

2. Обмежити час роботи з комп'ютером, пояснивши, що комп'ютер — не право, а привілей, тому спілкування з ним підлягає контролю з боку батьків. Різко забороняти працювати на комп'ютері не можна. Якщо дитина схильна до комп'ютерної залежності, вона може проводити за комп'ютером дві години на будній день і три — у вихідний, обов'язково з перервами.

3. Запропонувати інші можливості проведення дозвілля. Можна скласти список справ, за які можна братися у вільний час. Бажано, щоб в списку були спільні заняття: походи на природу, колективні (футбол, волейбол) та індивідуальні (шахи, шашки) ігри тощо.

4. Використовувати комп'ютер як елемент ефективного виховання, як заохочення (наприклад, за правильно і вчасно виконане домашнє завдання, прибирання квартири тощо).

5. Контролювати — в які ігри грають діти, оскільки деякі з них можуть стати причиною безсоння, дратівливості, агресивності, специфічних страхів.

6. Обговорювати ігри разом з дитиною. Віддавати перевагу розвивальним іграм. Вкрай важливо навчити дитину критично ставитися до комп'ютерних ігор, показувати, що це дуже мала частина доступних розваг, що життя набагато різноманітніше, що гра не замінить спілкування.

7. У випадках, якщо батьки самостійно не можуть впоратися з проблемою, звертатися до фахівців, в спеціалізовані центри.

Інформаційні технології повинні бути спрямовані також на підвищення компетенції підлітків в певних сферах, як-от культура міжособистісних взаємин і спілкування, способи подолання стресових ситуацій, конфліктологія та проблеми адиктивної поведінки з розглядом основних адиктивних механізмів, видів адиктивної реалізації, динаміки розвитку кіберзалежності і її наслідків. Психологи можуть проводити тренінги особистісного зростання з елементами корекції окремих особистісних особливостей і форм поведінки, які передбачають формування і розвиток навичок роботи над собою.

До *освітніх технологій* належать навчальні програми з проблеми надмірного використання Інтернету або комп'ютера взагалі для всього населення; програми навчання батьків учнів загальноосвітніх

шкіл, коледжів і ліцеїв. Основна мета останньої — навчити батьків будувати свої взаємини з дітьми, уникаючи адиктивних стереотипів, з акцентом на емоційній підтримці.

Освітній напрям включає програми навчання педагогів, психологів і соціальних працівників, які працюють у навчальних закладах, встановлення норм і правил (добове навантаження, вікові норми) роботи з комп'ютером.

Слід зробити акцент на перших ознаках залежної поведінки від комп'ютера:

- нав'язливе бажання діяльності за комп'ютером;
- постійне очікування подальшої роботи за комп'ютером;
- скарги оточення на те, що людина проводить занадто багато часу за комп'ютером.

Навчальні програми для учнів шкіл, ліцеїв, коледжів, студентів закладів вищої освіти повинні підвищити рівень знань учнів щодо використання комп'ютерів. Через те, що проблема адиктивної поведінки стає все більш актуальною, доцільно регулювати навчальне навантаження і активніше впроваджувати особистісно орієнтований підхід до освіти.

Потрібно відзначити значимість *технологій зайнятості*. Для підліткового віку властивий пошук себе у світі. Тому формування просоціальних форм поведінки (волонтерство, співпраця, милосердя, альтруїзм тощо), які розвивають навички комунікації наживо, та реалізація захоплень (спорт, мистецтво, іноземні мови) є дуже важливим елементом профілактики.

Позашкільна освіта також зменшує запас вільного часу і збільшує кількість завдань, які потребують, не тільки витрат часу, а й є в центрі уваги молоді людини.

Велике значення мають *сімейні технології*. Формування гармонійних стосунків у сім'ї, довірчі взаємини між батьками і дітьми, спільні інтереси всіх членів родини — невід'ємна частина повноцінного розвитку дитини. Підліток потребує помірного контролю над його діями і помірної опіки з тенденцією до розвитку самостійності і вміння брати відповідальність за своє особисте життя.

Неоціненний внесок у профілактику адикції може внести *духовний розвиток*, який має суттєве значення для формування властивостей особистості, поважного ставлення до оточення, дотримання етичних стандартів, що є міцним фундаментом для побудови міжособистісних взаємин.

Вторинна профілактика кіберзалежності

Вторинна профілактика ґрунтується на пізнанні особистості комп'ютерних адиктів з урахуванням генезу і механізмів їхньої поведінки і спрямована на попередження подальшого розвитку кіберзалежності і відновлення особистісного і соціального статусів пацієнта.

Діагностику кіберзалежності проводять методом клінічної бесіди з використанням запропонованих дослідниками та сучасними класифікаціями діагностичних критеріїв. Для об'єктивізації психічного стану використовують різні особистісні опитувальники чи шкали з визначення коморбідної психопатологічної симптоматики. Л. М. Юр'єва, Т. Ю. Ботьот запропонували «Спосіб скринінгової діагностики комп'ютерної залежності» (2006), який, на відміну від інших способів, дає змогу не тільки діагностувати стан залежності, а й виокремити «групу ризику» з ознаками комп'ютерної залежності з метою застосування ефективних профілактичних програм, спрямованих на попередження розвитку психічних і поведінкових розладів.

Засновник інтерактивної групи підтримки Інтернет-залежних людей І. Голдберг запропонував такі стратегії подолання залежності:

- треба прийняти залежність. Для того, щоб працювати з Інтернет-залежністю, людині треба визнати, що проблема є. Надмірне використання гаджетів можна визначити за такими симптомами: пропущені зустрічі і заняття, припинення спілкування з родичами і друзями;
- визначити проблеми, що лежать в основі Інтернет-залежності. Невпевненість в своєму майбутньому, проблеми соціальних взаємодій та інші можуть спонукати людину піти у віртуальний світ;
- треба розв'язувати наявні реальні проблеми. Один з ефективних способів боротьби з Інтернет-залежністю — це виявити інтерес до реального життя і вимкнути гаджети на деякий час. Доцільно змінити обстановку. Спілкування з друзями, заняття спортом і іншими видами діяльності в реальному житті допоможе впоратися з залежністю. Але якщо ваше життя вам важко уявити без Інтернету, то відмовитися відразу від нього буде складно. Спочатку почніть скорочувати час перебування в мережі, поступово зменшуючи свою активність. Таким способом ви зможете істотно скоротити час перебування в мережі;
- контролюйте роботу за комп'ютером. Зовсім не обов'язково вимикати комп'ютер — треба обмежити час перебування у мережі;
- треба розрізняти інтерактивні фантазії і корисне використання Інтернету.

Важливо розуміти, що робота з Інтернет-залежними людьми — це робота тривала і вона має бути зорієнтована на те, щоб створити у людини звичку навчитися розв'язувати проблеми, а не ігнорувати або уникати їх.

4.2.3. Принципи терапії і корекції кіберзалежності

Тактика терапевтичних заходів залежить від особливостей особи адикта, типу кіберадикції і ступеня вираженості феномену анозогнозії. Треба застосовувати медикаментозні і немедикаментозні засоби. Корекція адиктивної поведінки потребує тривалого лікування у психотерапевта та/або психолога. Найважливіше місце в терапії належить психотерапевтичним технологіям корекції різної спрямованості.

У деяких випадках (суїцидальна поведінка, депресивні розлади, неконтрольована агресивна поведінка) потрібна госпіталізація в стаціонар і припинення психопатологічних проявів психофармакологічними засобами.

Фармакотерапевтичну тактику при симптоматичній комп'ютерній залежності визначає домінуючий психопатологічний синдром. При коморбідності з депресивними розладами треба призначати антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). У разі коморбідності з біполярними афективними чи органічними розладами доцільно призначати нормотиміки. В деяких випадках можна призначати седативні препарати, анксиолітики, атипичні антипсихотики, налтрексон.

Більшість фахівців рекомендують індивідуальну та/або групову психотерапію з акцентом на роботі з образами й емоціями. З огляду на певні труднощі у здійсненні міжособистісних контактів та із соціальною адаптацією осіб з кіберзалежністю, доцільніше використовувати групові види терапії.

Мета терапії: підвищення самооцінки і рівня самосвідомості, посилення контролю над імпульсами, збільшення стабільності міжособистісних стосунків, соціальна адаптація.

Завдання терапії:

- виявлення наявних проблем і проблемних ситуацій;
- визначення нав'язливих думок і відчуттів, які призводять до комп'ютерної залежної поведінки.

Принцип терапії: не позбавляти користувача доступу до комп'ютера, а нормалізувати його комп'ютерну діяльність, роботу з комп'ютерними технологіями.

Когнітивно-поведінкова модель Інтернет-адикції (S. A. Davis, 2001) є теоретичною основою для застосування когнітивно-поведінкової терапії з метою корекції Інтернет-адикції. Когнітивно-поведінкова терапія, будучи синтезом поведінкових методів з теорією інформаційних дій, є психотерапевтичною практикою, спрямованою на формування у пацієнтів нових паттернів поведінкових реакцій.

В таблиці 4.4 наведена система поетапної корекції комп'ютерозалежної поведінки. Кожний етап має свою мету і особливі методичні підходи.

Таблиця 4.4. Поетапна система корекції комп'ютерної залежності

Етапи	Мета	Характеристика Методи психотерапії
I — діагностичний	Психопатологічна і психологічна діагностика Подолання внутрішнього опору, розроблення медикаментозної і психотерапевтичної тактики лікування	Лікар повинен знайти мотивацію рухатися вперед, обговорити спочатку позитивні риси використання комп'ютера, потім — негативні наслідки надмірного використання комп'ютера. Індивідуальна психотерапія
II — інформаційно-навчальний	Усвідомлення проблем Показати бар'єри на шляху змін, а також позитивні моменти зміни поведінки	Освітні програми, індивідуальна, групова психотерапія. Лікар підтримує пацієнта, показує успіх інших хворих з такою проблемою
III — етап модифікації поведінкових стратегій	Підготовка пацієнта до реальних дій для зміни своєї поведінки і подолання фрустрації з спрямуванням на успіх, модифікація плану дій	Індивідуальна психотерапія, аутогенне тренування, когнітивно-поведінкова психотерапія, таймменеджмент
IV — етап корекції сімейних і соціальних стосунків	Профілактика рецидивів сімейних і соціальних стосунків	Когнітивно-поведінкова, групова, сімейна, подружня психотерапія
V — етап подолання наслідків комп'ютерної залежності	Складання плану поетапної реабілітації в сімейній і соціальній сферах	Групова, сімейна, подружня психотерапія, освітні програми для пацієнтів і їхніх родичів, групи підтримки

Для терапії деяких форм Інтернет-адикцій, зокрема для роботи з Інтернет-геймерами, використовують модифікації програми «12 кроків» в рамках «Товариства онлайн-анонімних гравців».

Перспективним є також застосування сімейної психотерапії, тому що дуже часто основою Інтернет-залежності є сімейна дисфункція та неадекватний стиль виховання і стосунків з дитиною.

Поведінкові стратегії, які рекомендовані при кіберзалежності:

- тренування спроможності протистояти спокусі (наприклад, якщо вихідні в мережі — запропонувати другу половину суботи іншу діяльність);
- зовнішні обмежувачі (наприклад, будильник нагадує про час виходу з мережі);
- постановка цілей (в тижневику записувати конкретні цілі. Часті, але короткі перерви в Інтернеті);
- картки-нагадування щодо прийнятого сценарію поведінки;
- особистий облік (облік втрачених можливостей);
- утримання (наприклад, від чат-спілкування, ігор тощо).

Знання про комп'ютерну залежність потрібні усім користувачам комп'ютерів, особливо тим, хто переживає стадію захоплення ними. Тому впровадження технологій первинної профілактики комп'ютерної залежності (передусім освітніх і інформаційних програм) є першочерговим завданням для сімейних лікарів і всіх спеціалістів в сфері охорони психічного здоров'я населення.

4.2.4. Правове регулювання інформаційної безпеки

Правове регулювання інформаційної безпеки населення є дуже важливим фактором превенції кіберзалежності як на державному, так і на міжнародному рівні. Особливо це стосується інформаційної безпеки дітей та підлітків.

У Окінавській Хартії глобального інформаційного суспільства (<https://bit.ly/3zilH6B>) від 22.07.2000 наголошено, що зусилля міжнародного суспільства, які спрямовані на розвиток глобального інформаційного простору, повинні супроводжуватися «узгодженими діями зі створення безпечного і вільного від злочинності кіберпростору».

За підсумками Всесвітньої зустрічі на вищому рівні з питань інформаційного суспільства в Женеві була ухвалена Декларація принципів «Побудова інформаційного суспільства — глобальне завдання в новому тисячолітті» (12.12.2003).

В Декларації (<https://bit.ly/3xbKuGQ>) надано увагу питанням довіри і безпеки під час використання інформаційно-комунікативних технологій. Основним напрямком вирішення цих завдань є формування, розвиток і впровадження глобальної культури кібербезпеки, а також увага до етичних аспектів інформаційного суспільства.

У ній наголошено значимість етичних норм, які повинні сприяти справедливості, а також підтримувати гідність і цінність людської особистості. Для цього всі учасники інформаційного суспільства повинні «робити відповідні дії і вживати встановлених законодавством заходів щодо запобігання неналежному використанню інформаційно-комунікативних технологій: протиправні діяння та інші дії на ґрунті расизму, расової дискримінації, ксенофобії і пов'язані з ними прояви нетерпимості, ненависті, насильства; всі форми жорстокого поводження з дітьми, зокрема і педофілію і дитячу порнографію, а також торгівлю людьми та їх експлуатацію».

Питання забезпечення інформаційно-психологічної безпеки в мережі Інтернет регламентовані в регіональних актах Ради Європи. В Декларації про свободу комунікацій в Інтернет (<https://bit.ly/3Q5oeHh>) від 28 травня 2003 р., яка була ухвалена Комітетом міністрів Ради Європи, наведена концепція балансу між свободою інформації в Інтернеті та інтересами інших осіб і держави. В Декларації закріплено низку принципів в сфері обміну інформацією в Інтернеті, які стосуються інформаційно-психологічної безпеки. Встановлені обмеження для захисту неповнолітніх користувачів, особливо в доступних місцях, як-от школи або бібліотеки. За умов дотримання юридичних гарантій, може бути вжито заходів з метою забезпечення видалення точно ідентифікованого інтернет-контенту, або блокування доступу до нього, якщо компетентні національні органи влади ухвалили попереднє або остаточне рішення щодо його незаконності. Питання забезпечення безпеки неповнолітніх Інтернет-користувачів відображені в рекомендаціях Ради Європи.

В Рекомендаціях щодо захисту неповнолітніх та людської гідності (<https://bit.ly/3Q1yv7u>) 98/560/ЄС від 24 вересня 1998 року та 2006/952/ЄС від 20 грудня 2006 був закріплений комплекс заходів, спрямованих на захист дітей від деструктивної інформації в засобах масової інформації (ЗМІ) та мережі Інтернет, які реалізуються державами — членами ЄС, Європейською комісією, ЗМІ та іншими суб'єктами. У документах наголошується, що держави — учасники повинні:

- заохочувати пошук і впровадження нових способів захисту неповнолітніх і інформування користувачів;
- протидіяти поширенню в онлайн-службах незаконного контенту, такого, що принижує людську гідність;
- сприяти забезпеченню безпечного використання аудіовізуальних та інформаційних онлайн-послуг неповнолітніми;

- формувати відповідальну позицію з боку виробників, посередників і користувачів аудіовізуальних і інформаційних онлайн-послуг;
- боротися з незаконною діяльністю в мережі Інтернет, яка може завдати шкоди неповнолітнім.

Запитання для самоконтролю знань

1. Фактори, що впливають на розвиток залежності від психоактивних речовин.
2. Ключові правила лікування наркотичної залежності.
3. Фактори ризику розвитку кіберзалежності.
4. Назвіть психологічні і фізичні симптоми, характерні для комп'ютерних адиктів, що властиві для кожного з трьох етапів розвитку комп'ютерної залежності?
5. Які є технології первинної профілактики комп'ютерної залежності?

Список використаної літератури

1. Адиктологія : навчальний посібник / під ред. проф. Л. М. Юр'євої. Дніпро, 2018. 185 с.
2. Европейская хартия по алкоголю. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995. URI: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/pre-2009/european-charter-on-alcohol,-1995>.
3. Егоров А. Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции // Медицинская психология в России. 2015. № 4 (33). С. 4. URI: http://mprj.ru/archiv_global/2015_4_33/nomer01.php.
4. Панченко О. А. Информационная безопасность ребенка / О. А. Панченко. Киев : КВИЦ, 2016. 379 с.
5. Юрьева Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика : монография / Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Ботьбот. Днепропетровск : Пороги, 2006. 196 с.
6. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study / Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M [et al.] // The Lancet. 2019. 393(10190), 2493—2502. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32744-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32744-2).
7. Meenan A. Internet gaming: A hidden addiction // American Family Physician. 2007. No. 15. P. 1116. PMID: 17992771.
8. Proposed diagnostic criteria for internet addiction / R. Tao, X. Huang, J. Wang [et al.] // Addiction. 2010. Vol. 105. P. 556—564. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x.

Розділ 5.

Заходи з охорони психічного здоров'я при розвитку психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку

5.1. Органічна психопатологія: визначення, поширеність, причини розвитку, класифікація та клінічна типологія

Органічна психопатологія — це психічні розлади, що виникають в патогенетичному зв'язку з органічним ураженням головного мозку та його оболонок з різних причин, і проявляються різноманітними минуцими і стійкими порушеннями непсихотичного і психотичного характеру. Органічне ураження головного мозку є проявом первинної або вторинної його дисфункції. Первинна мозкова дисфункція виникає внаслідок безпосереднього або переважного впливу шкідливого чинника на головний мозок, тоді як вторинна церебральна дисфункція є одним із проявів впливу патогенного чинника на організм людини загалом. Крім того, органічне ураження головного мозку може виникнути внаслідок безпосереднього впливу шкідливості на нього, а також може бути наслідком подальших патологічних процесів в головному мозку, які патогенетично пов'язані із початковим органічним його ураженням.

Поширеність органічної психопатології — різна, залежно від клінічного варіанту психічних розладів, і становить приблизно 30 % серед всіх психічних порушень, до того ж:

- тяжкі психічні розлади поширені куди меншою мірою порівняно з легкими розладами;
- в різних вікових періодах життя представленість органічної психопатології відрізняється (найчастіше спостерігається в похилому і старечому віці: накопичення органічного ураження головного мозку, отриманого протягом усього життя, розвиток церебрального атеросклерозу);

• органічне ураження головного мозку нерідко спостерігається серед осіб, які через особливості життя або професії можуть підпасти під вплив зовнішніх причин, що сприяють його розвитку (військово-службовці, особи, які тривалий час працюють у шкідливих умовах виробництва)

Органічні ураження головного мозку можна поділити на два основних види, кожний з яких виникає внаслідок впливу певних етіопатогенетичних чинників:

- Вроджене органічне ураження головного мозку внаслідок впливу таких причин: внутрішньоутробні інфекції плода — краснуха, цитомегаловірус, токсоплазмоз, кір, що ведуть до дисплазій, дисгенезій мозку, внутрішньоутробна гіпоксія плода тощо.
- Придбане органічне ураження головного мозку, причинами якого можуть бути такі патологічні стани:
 - постнатальна гіпоксія, неонатальні метаболічні порушення, неонатальні інфекції;
 - черепно-мозкові травми під час пологів, а також протягом усього подальшого життя людини;
 - постнатальні нейроінфекції протягом усього життя людини;
 - новоутворення (пухлини) головного мозку;
 - ендокринно-обмінна патологія (цукровий діабет із коматозними станами);
 - атрофічні процеси мозку середнього й пізнього віку (хвороба Альцгеймера, Піка тощо);
 - судинна патологія головного мозку (гіпертонічна хвороба, церебральний атеросклероз, гострі порушення мозкового кровообігу, хронічна недостатність мозкового кровообігу внаслідок хронічної серцево-судинної недостатності тощо);
 - вірусні та бактеріальні нейроінфекції, ВІЛ-інфекція, нейроцифіліс;
 - алкогольна, наркотична залежність; вплив побутових отрут, токсичних речовин, а також хронічний вплив професійних шкідливих чинників, пов'язаний із виробництвом (токсичні, фізичні чинники — радіація, вібрація, електромагнітні, термічні, акустичні тощо);
 - гострі та хронічні позамозкові соматичні хвороби з мозковою гіпоксією, гіпоавітамінозом, лихоманкою, інтоксикацією, бодем;
 - затримка психічного розвитку людини внаслідок ураження органічного походження (органічний інфантилізм або розумова відсталість внаслідок органічного ураження головного мозку).

Крім того, психічні розлади також нерідко зумовлені додатковим впливом таких причин:

— психогенні чинники, що додатково впливають на розвиток органічної енцефалопатії (гіпоксія, спазм судин, розлади сну інсомнічного характеру внаслідок психогенної тривоги), або видозмінюють клінічні прояви, додаючи власної симптоматики до загального психопатологічного симптомокомплексу;

— психологічні аспекти (особливості виховання хворого у сім'ї, у іншому колективі, що веде до формування дохворобливих особливостей особистості хворих: емоційно лабільна особистість, тривожна, демонстративна, залежна особистість тощо);

— соціальні причини (вплив сімейних негараздів, стигматизації, матеріальних труднощів, незадоволення власних особистісних потреб внаслідок стигматизації, розлади сну з провокуванням розвитку психопатологічної симптоматики органічного походження внаслідок специфічних умов праці — нічні та денні робочі зміни, швидке перетинання багатьох часових поясів під час дальніх перельотів літаком, що веде до розвитку десинхронозу, тобто порушення біоритмів у організмі людини та в головному мозку зокрема; монотонна діяльність вдома чи на виробництві тощо);

— середовищні чинники, що негативно впливають та провокують психосимптоматику органічного ураження головного мозку, або, навпаки, сприяють зменшенню клінічних проявів органічної психопатології (наприклад, часта зміна місця мешкання із зміною кліматичних умов тощо), вплив магнітних бур, жару, задухи, зміни пір року, весняний та осінній сезони, перехід між сезонами, вплив планет (Місяця) зі зміною діяльності головного мозку в негативному напрямку;

— активізація поточних органічних психічних розладів внаслідок ендокринно-обмінної патології (тиреотоксикоз, цукровий діабет тощо);

— вагітність та її вплив на органічну психосимптоматику (частішання нападів при епілепсії, розвиток астенії та її вегетативних проявів та активізація як продуктивної, так і дефіцитарної симптоматики органічного походження);

— вплив ковідної інфекції на органічну психосимптоматику (формує органічні психічні розлади внаслідок енцефаліту, підсилює астенію органічного походження, сприяє розвитку астенічної депресії у клінічній картині органічної психопатології);

— десинхроноз, або виникнення розладів біологічних ритмів в організмі людини внаслідок органічного ураження медіобазальних, мезодіенцефальних та інших структур мозку, які беруть активну участь у їх формуванні;

— нерегулярне приймання хворим лікування, що призначив лікар;

— неефективне або недостатньо ефективне лікування хворого з психопатологічною симптоматикою з різних причин (немає комплаєнтності лікаря з хворим, матеріальні труднощі, тяжкий перебіг захворювання, фармакорезистентність, неправильно підібране лікування чи дозування ліків тощо);

— неадекватне лікування засобами, що провокують виникнення органічної психопатології або підсилюють поточні органічні психічні розлади (наприклад, лікарські засоби, що стимулюють функцію центральної нервової системи, у разі поточного психозу або тривоги органічного походження тощо).

Не завжди органічне ураження головного мозку проявляється психічними розладами. Для виникнення психопатології мають бути певні умови, які полягають у поєднанні декількох чинників:

- наявність органічного ураження головного мозку;
- спадкова схильність до розвитку психічних розладів;
- конституціональні особливості людини (є «місце найменшого спротиву»), стан захисних механізмів організму людини взагалі та головного мозку зокрема;
- поточний стан людини, коли виникло органічне ураження головного мозку (втома, гіповітаміноз, зовнішні екологічні впливи тощо);
- схильність до розвитку психічних розладів, яка була придбана протягом життя раніше, до органічного ураження головного мозку під впливом додаткових різноманітних попередніх шкідливих чинників на мозок та організм загалом (тобто наявність «ґрунту» за С. Г. Жисліним).

У разі поєднання етіопатогенетичних факторів розвитку органічного ураження головного мозку та умов виникнення психічних розладів можливі різні варіанти розвитку органічної психопатології.

Розвиток психопатології може бути зумовлений:

— швидким, раптовим виникненням органічної патології мозку внаслідок гострого патологічного процесу (наприклад, гостре порушення мозкового кровообігу, гостра нейроінфекція, раптова виражена інтоксикація, черепно-мозкова травма тощо);

— тривалим поступовим розвитком та поглибленням органічної мозкової дисфункції (постійний вплив шкідливих чинників на головний мозок, наприклад, алкоголізація, хронічна нейроінфекція, хронічна судинна мозкова патологія, мозкова онкологія, епілептичний механізм діяльності мозку із розвитком стійкої епілептичної дисфункції, енцефалопатії тощо).

Відповідно до МКХ-10, вирізняють такі рубрики, що характеризують психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку: амнестичний синдром, делірій, деменція, органічний розлад особистості, афективний, тривожний, шизофреноподібний, кататонічний, емоційно лабільний розлад, легкі когнітивні порушення.

Докладний клінічний перелік психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку може бути поданий в такій формі:

- невротичні та неврозоподібні розлади;
 - афективні розлади;
 - легкий когнітивний розлад;
 - органічний розлад особистості (психопатоподібні порушення);
 - психоорганічний синдром;
 - синдром Корсакова (гострий та хронічний);
 - психози з пригніченням, потьмаренням та без потьмарення свідомості;
 - деменція;
 - розумова відсталість;
 - епілептичні напади (епілептичний синдром — ранні та пізні епілептичні напади після впливу гострої шкідливості на головний мозок, із повним їх припиненням і неповторенням у майбутньому, або симптоматична епілепсія як хронічний стан).
- Серед цих психічних розладів вирізняють ті, що можуть супроводжуватися частковою або повною спонтанною або терапевтичною редукцією симптоматики та повним завершенням розладу (продуктивні психопатологічні стани: невротичні, неврозоподібні, афективні розлади, легкий когнітивний розлад, психози транзиторного та затяжного перебігу, прояви епілептичного синдрому), а також дефектно-органічні психічні розлади, що характеризуються малою здатністю до редукції психопатологічних симптомів як спонтанно, так і в процесі проведення лікувальних заходів (органічний розлад особистості, психоорганічний синдром, хронічний синдром Корсакова, деменція, психози з хронічним перебігом, поєднані з деменцією). Окремо розглядається симптоматична епілепсія,

яка характеризується довготривалим, хронічним перебігом, можливістю формування епілептичних психозів, специфічних органічних змін особистості та деменції.

Типологічно психічні порушення при органічному ураженні головного мозку за рівнем розладів можна поділити так:

— непсихотичний рівень розладів (невротичні, неврозоподібні, афективні розлади, легкий когнітивний розлад, органічний розлад особистості, психоорганічний, хронічний синдром Корсакова, деменція, розумова відсталість органічного походження);

— психотичний рівень розладів (стани з потьмаренням або пригніченням свідомості, психози без потьмарення свідомості).

Симптоматична епілепсія може проявлятися нападами, а також непсихотичними або психотичними іктальними, перііктальними або інтеріктальними розладами, тому її прояви можуть належати до обох рівнів психопатологічних розладів.

Непсихотичні стани та психози можуть мати незалежний шлях розвитку, але можуть поєднуватись або взаємно впливати один на одного:

— невротичні, неврозоподібні, афективні непсихотичні розлади можуть передувати розвитку психозів або виникати після їх завершення;

— психоорганічний, хронічний синдром Корсакова та деменція сприяють розвитку психозів, а також можуть самі клінічно кількісно збільшуватись та якісно видозмінюватись після завершення транзиторних психотичних станів або протягом довготривалих та хронічних психозів.

Ендокринна симптоматична психопатологія представлена психоендокринним синдромом.

Органічні психічні розлади мають такі варіанти клінічної динаміки:

1. Прогресування психопатології:

— від продуктивних станів з можливістю значної редукції симптоматики — до дефектно-органічних, із подальшим їх наростанням;

— від легших розладів — до важчих;

— від непсихотичних станів — до психозів.

2. Редукція психопатології, що стосується здебільшого продуктивних непсихотичних та психотичних розладів без хронічного перебігу або пароксизмальних станів в межах епілептичного синдрому та симптоматичної епілепсії.

3. Стабільний перебіг психопатології (якщо немає якісних змін психопатології у поєднанні з можливими кількісними змінами цих розладів протягом нетривалого часу). Він притаманний різним

психічним розладам органічного походження, але є найбільш характерним для дефектно-органічних психічних станів з хронічним, безперервним перебігом.

4. Пізня декомпенсація (поява та прогресування у похилому та старечому віці тієї психопатології або пароксизмальних станів, що виникли внаслідок органічного ураження головного мозку, набутого у попередні роки життя).

Органічні ураження головного мозку поділяють за ступенем тяжкості (від легкого до важкого) на підставі кількісної та якісної оцінки втрати психічних функцій у психічно хворого.

Органічні ураження головного мозку поділяють за ознакою зворотності або незворотності цих уражень. Значення цього поділу в тому, що органічна психопатологія при зворотних порушеннях головного мозку спостерігається на початку хвороби, а при незворотних ураженнях — на будь-якому етапі розвитку захворювання, що відіграє роль у формуванні профілактичних та реабілітаційних заходів цим хворим. До зворотних органічних уражень головного мозку належать крововиливи, гостре порушення мозкового кровообігу, запалення мозку та його оболонок, пухлини, черепно-мозкові травми з мінімальними пошкодженнями кори та підкоркових структур головного мозку. До незворотних мозкових уражень належить все перелічене, а також дегенеративні процеси мозку, що прогресують, з атрофією, некрозом та ушкодженням великих ділянок кори мозку та підкоркових його структур.

Розрізняють ступінь порушення психосоціальної продуктивності згідно з критеріями VI осі МКХ-10 «Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності». Це поняття характеризує особливості соціального і трудового функціонування хворого (тобто рівень його психосоціальної компетентності) з урахуванням індивідуальних психічних, фізичних та соціальних можливостей на момент діагностування органічних психічних розладів з певним типом їх перебігу.

Критеріями порушення психосоціальної продуктивності є:

1) ступінь здатності до самостійного продуктивного функціонування хворого в повсякденному житті (повна здатність, неповна, повна нездатність із потребою повсякденної підтримки хворого з боку оточення щодо нагляду, догляду, харчування, пересування, спілкування, гігієни);

2) здатність до соціальної продуктивності (працездатність — збережена, часткова або повна втрата працездатності; здатність до навчання — повна, знижена або повна нездатність; збереження

або обмеження соціальної активності та інтересів; немає труднощів (або є невеликі чи великі) у взаєминах та в спілкуванні з оточенням; здатність, обмеженість або нездатність виконувати обов'язки в родині; здатність або нездатність долати складні соціальні ситуації без допомоги оточення.

Всі психопатологічні розлади внаслідок органічного порушення головного мозку можна поділити за ступенем тяжкості, відповідно до критеріїв психосоціальної продуктивності та вираженості когнітивного дефіциту, на легкі, яким притаманна мінімальна вираженість цих ознак, помірно виражені та глибокі, для яких властиво виражене порушення всіх психічних функцій, фізична немічність, повна втрата здатності до самообслуговування, спілкування та пересування.

Значення цих критеріїв полягає в тому, що вони дають змогу розробити адекватні стратегії лікувально-реабілітаційних заходів хворим з органічною психопатологією залежно від тяжкості цих станів.

5.2. Охорона психічного здоров'я при органічній патології головного мозку

Охорона психічного здоров'я при органічній патології головного мозку передбачає проведення **заходів профілактики** виникнення психопатологічної симптоматики та **реабілітації хворих** із розвитком цієї симптоматики внаслідок органічного ураження головного мозку.

Виходячи з розглянутих причин розвитку органічної психопатології, чинників впливу на її розвиток, клінічної типології та закономірностей формування психопатологічних порушень, можна вирізнити певні **напрями й засоби профілактики** виникнення цих психічних розладів.

Психопрофілактика — це розділ психіатрії, метою якого є розроблення заходів з попередження психоневрологічних захворювань і їх наслідків, а також психосоматичних розладів. В психопрофілактику входить охорона людини від психічних захворювань та їх рецидивів, попередження виникнення розумової відсталості, психопатій, неврозів і інших порушень психіки внаслідок уражень головного мозку.

Традиційно розрізняють три типи профілактичних заходів щодо розвитку психічних розладів, зокрема й органічного походження: первинну, вторинну та третинну психопрофілактику.

До **первинної** психопрофілактики належать заходи, спрямовані на попередження первинного розвитку психічних захворювань

у населення. Превентивні втручання з профілактики розвитку перших психічних розладів можуть бути універсальними і вибірковими. Універсальні заходи призначені для всієї групи підвищеного ризику до розвитку психопатології, тоді як вибіркові спрямовані на її частину або окремих індивідів, серед яких ризик виникнення зумовлений соціальними, психологічними, біологічними факторами.

До **вторинної** психопрофілактики належать заходи, які передбачають лікування хворих з психічними розладами, виявленими на початковій стадії розвитку, з метою якомога раннього припинення патологічного процесу, недопущення розвитку важких проявів психічного захворювання та переходу його в хронічну форму.

До **третинної** психопрофілактики належить робота з хворими, яка б попереджувала їхню інвалідизацію внаслідок психічного захворювання, і цей тип профілактики є реабілітацією психічно хворих з органічним ураженням головного мозку.

Профілактика та реабілітація міцно пов'язані між собою. Нерідко психосоціальна реабілітація, яка передбачає відновлення психічного здоров'я, функціонального стану і працездатності організму, порушених психічним захворюванням або соціальними чинниками, є профілактикою подальшого розвитку органічної психопатології із формуванням важких, дефектно-органічних станів.

Провідними аспектами психопрофілактики та реабілітації хворих з психічними захворюваннями внаслідок органічного ураження головного мозку є медичний, соціальний та психологічний. Медичний напрямок передбачає етіопатогенетичну медикаментозну та немедикаментозну терапію, а також психотерапевтичне лікування. Соціальний аспект профілактики та реабілітації полягає в розширенні професійної, побутової та соціально-середовищної сфер у життєдіяльності психічно хворих. Психологічна профілактика та реабілітація психічно хворих з органічними ураженнями головного мозку передбачає психокорекційну роботу, яка спрямована на підвищення рівня психосоціальної адаптації хворих та їх інтеграцію у сімейне життя та у життя в межах інших соціальних груп.

Найскладнішим моментом медичної психопрофілактики є запобігання розвитку органічного ураження головного мозку як первинного, так і повторного, внаслідок впливу зовнішніх та внутрішніх шкідливих чинників, оскільки ми часто не спроможні впливати на чинники формування органічного мозкового ураження. Наприклад, майже неможлива профілактика розвитку атрофічних процесів мозку при хворобах Альцгеймера та Піка, пухлин мозку та його

оболонок. Дуже утруднена профілактика різноманітних за важкістю внутрішньоутробних мозкових уражень, зокрема з формуванням дисплазій та дисгенезій, які ведуть до виникнення важкої психічної патології, незважаючи на комплекс профілактичних заходів, які проводять жінкам під час вагітності. Не завжди є ефективною профілактика впливу різних шкідливих чинників на виробництві та в побуті, а також виробничого, побутового, дорожньо-транспортного травматизму, зокрема й черепно-мозкових травм, майже неможлива профілактика військового травматизму, що також може вести до подальшого виникнення психічних порушень у цих хворих.

З метою профілактики первинного розвитку психопатології внаслідок судинних захворювань мозку, серцево-судинних захворювань, ендокринних розладів рекомендовані медичні фармакопрофілактичні заходи (приймання судинних препаратів, статинів, вітамінів, нейрометаболических засобів, гормональних замісних речовин тощо), а також комплексне проведення немедикаментозних заходів, які можуть затримати, але, на жаль, не попереджують цілком виникнення органічного мозкового ураження і психічних розладів, пов'язаних з ним. У разі розвитку симптоматичної епілепсії з органічним ураженням головного мозку як провідним етіопатогенетичним фактором для профілактики первинних психічних порушень слід провести адекватне типу епілептичних нападів лікування антиепілептичними препаратами, які б максимально ефективно впливали на пароксизмальний епілептичний процес, припинили епілептичні напади, й попередили б поширення органічної патології в головному мозку, розвиток пов'язаних з нею психічних розладів перікрітального та інтерікрітального характеру.

Під час проведення фармакологічної профілактики психічних розладів, якщо є органічне ураження головного мозку, слід так комбінувати лікарські препарати, щоб вони якомога менше спричиняли б побічні дії у вигляді психічних розладів, не виявляли б фармакорезистентності, а антиепілептичні препарати не приводили до агравації епілептичних нападів і перікрітальної психопатології. Важливим є правильне виконання заходів профілактики, що рекомендовані для запобігання розвитку органічного ураження головного мозку і психічних розладів. Якщо у людини з органічним ураженням головного мозку є особистісні проблеми, які можуть привести до формування невротичних, афективних психічних розладів, доцільною є адекватно підібрана психокорекція або психотерапія.

Якщо психічні розлади виникли внаслідок органічного ураження головного мозку, проводять вторинну профілактику, яка передбачає

насамперед психофармакотерапію за всіма основними її принципами, а також використання немедикаментозних методів — психотерапії, психокорекції, когнітивного тренінгу для зменшення когнітивного дефіциту, а також патогенетично спрямовану фізіотерапію, ерготерапію, кінезіотерапію, відновлення навичок самообслуговування у разі їх часткової втрати, просвітницьку та психологічну допомогу членам сім'ї хворого. Вторинна профілактика є також й початком реабілітації психічно хворих, спрямованою на подолання психічних розладів, що вже виникли, й на відновлення дохворобливого рівня соціального та професійного функціонування хворих, на відновлення фізичних та когнітивних функцій хворого.

Ефективність комплексу психосоціальної реабілітації залежить від вираженості органічного ураження головного мозку, від клінічних особливостей психічних розладів, що виникли у хворого (продуктивні чи дефектно-органічні психічні розлади, ступінь тяжкості та тип перебігу, різноманітність психопатології, що спостерігається одночасно у хворого). Тяжкість психічного розладу визначається кількістю та якістю втрачених психічних функцій і ступенем соціальної дезадаптації хворого внаслідок цього.

Крім того, ефективність психосоціальних заходів залежить від їх раннього початку, своєчасності, постійності, адекватності, безпеки та дієвості, відповідності етапам.

Психосоціальну реабілітацію хворих з психопатологією внаслідок органічного ураження головного мозку проводять поетапно. Насамперед, треба з'ясувати, які втрати психічного функціонування, фізичної та неврологічної діяльності є у хворого. Далі слід обрати методи реабілітації залежно від характеристик захворювання і з урахуванням індивідуального відновлення психічного та фізичного стану хворого.

Виходячи з характеристики етапів реабілітації, можна сформулювати провідні її завдання.

- Намагання відновити втрачене психічне функціонування хворого.
- Допомога хворому у створенні внутрішніх засобів відновлення втрачених психофізичних функцій та підтримка тих ресурсів, що є у хворого, а також підбір і навчання використанню зовнішніх засобів для психофізичної компенсації.
- Тренінг для компенсації втрачених функцій.
- Зміни у житті оточення хворого відповідно до перебігу його захворювання та процесу відновлення втрачених функцій із залученням родичів до процесу реабілітації.

- Профілактичні заходи проти можливих ускладнень в перебігу розладу чи в процесі реабілітації.

Якщо є продуктивні непсихотичні або психотичні психопатологічні стани із нетривалим перебігом внаслідок зворотного органічного ураження головного мозку, добрий результат дає психофармакотерапія, психокорекція, психотерапія. Психотерапія спрямована на підготовку хворого до ймовірного виникнення когнітивного дефіциту у майбутньому та на збереження адекватної поведінки хворого у мікросоціумі, у родині, а також у великих колективах, і на подолання різних психологічних особистісних проблем, що виникають у хворих з органічним ураженням головного мозку. Використовують когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, музикотерапію, а також медитацію, йогу. Під час психокорекції використовують психологічні та поведінкові її методи. У разі поєднання психофармакотерапії, психотерапії та психокорекції виникає можливість досягти повної редукції психопатологічних станів, компенсації розладів психічної діяльності хворої людини та відновлення дохворобливого соціального функціонування. Активну психофармакотерапію проводять як стаціонарно, так і амбулаторно, з переважанням амбулаторного виду лікування.

Якщо органічна психопатологія виникає внаслідок незворотних органічних процесів в головному мозку і проявляється непсихотичними психічними розладами з довготривалим перебігом або дефектно-органічними психічними порушеннями з проявами наростання когнітивної дисфункції, активність психофармакотерапії повинна бути помірною, схожою на підтримувальну терапію, а реабілітаційний акцент роблять на компенсацію когнітивних розладів та підтримку або опрацювання навичок пристосування хворого до свого стану. Під час проведення психофармакотерапії доцільно враховувати принципи хронофармакології, які передбачають призначення лікарських препаратів у саме ті часи протягом доби, коли організм людини є найбільш чутливим до впливу цих лікарських засобів. Це сприяє збільшенню ефективності психофармакотерапії, зменшенню добової дози і кількості побічних дій препарату.

У разі посилення когнітивної дисфункції змінюється арсенал психофармакотерапевтичних втручань: поряд з антидепресантами, бензодіазепіновими транквілізаторами та атипovими нейролептиками, які призначали в разі потреби на підставі клінічних проявів захворювання, активно використовують засоби, що ефективно впливають на когнітивну дисфункцію (інгібітори NMDA-рецепторів,

антихолінестеразні препарати, нейропептиди, вітаміни групи *B, C, E, A, D*, нейрометаболічна терапія, препарати, що поліпшують мозковий кровообіг). Для корекції когнітивних порушень, які виникають при депресивних станах органічного походження, також є ефективними антидепресанти, деякі антиепілептичні препарати з тимолептичним впливом (ламотриджин, вальпроати, леветирацетам).

Швидкість розвитку позитивного ефекту від психофармакотерапії при вираженій гостроті продуктивних станів у разі зворотних органічних уражень головного мозку — більша, ніж при незворотних ураженнях головного мозку, особливо якщо когнітивна дисфункція наростає.

Крім фармакотерапії, вкрай потрібними заходами при продуктивних та дефектно-органічних станах є психотерапія, якщо дозволяє когнітивний рівень хворого. Найчастіше розвиток позитивного лікувального ефекту від психотерапії можливий у хворих з раптовими зворотними ураженнями головного мозку. Проводять індивідуальну психотерапію, метою якої є збереження у хворих навичок соціальної поведінки, подолання відчуття розгубленості та негативних емоцій, породжених органічним ураженням головного мозку, а також вплив на відчуття власного «Я» з метою подолання його неадекватності. Крім того, психотерапія спрямована на адаптацію хворого до проявів когнітивного дефіциту, який вже виник та збільшується. Поряд з психотерапією використовують деякі методи впливу на когнітивне функціонування хворого, а саме психологічні та поведінкові методи психокорекції.

Якщо є когнітивні порушення, а також тоді, коли психотерапія виявляється менш ефективною при збільшенні тяжкості органічних психічних розладів, важливим компонентом нефармакологічного втручання стає психокорекція у формі когнітивного тренінгу, який обов'язково поєднують із фармакотерапією, спрямованою на поліпшення когнітивного функціонування хворого. Метою тренінгу когнітивних функцій є досягнення компенсації або відновлення тих психічних функцій, які порушені внаслідок органічного ураження головного мозку. Когнітивний тренінг містить спеціальні програми та методики для тренування пам'яті, уваги, перцепторно-моторних функцій, мовного функціонування, соціального пізнання, навчання, виконавчих функцій, спрямовані на підтримку оптимального інтелектуального стану хворого, розвиток когнітивних здібностей, які є на низькому рівні, а також навчання стратегіям компенсації або відновлення когнітивних здібностей.

Є декілька принципів проведення когнітивного тренінгу. Насамперед, це «віяловий принцип», який полягає у розширенні тренінгових завдань від одноmodalного підходу, що передбачає тренінгову діяльність в одному напрямку, стосовно однієї когнітивної функції, до поліmodalного (у багатьох напрямках), починаючи з опору на збережену modalність (когнітивну функцію). Наступний принцип — «правило крок за кроком», сутність якого полягає у поступовому розширенні та ускладненні тренінгових завдань після їх виконання, тренінг когнітивних функцій за допомогою поступового ускладнення завдань. Є ще один принцип проведення когнітивного тренінгу — дотримання протягом тренінгу позиції гіперпротекції, яка сприяє підвищенню самооцінки хворого незалежно від отриманих ним результатів та стимуляції позитивних емоцій, які сприяють підтримці позитивної установки хворого на подальшу тренінгову роботу. Використання цих принципів когнітивного тренінгу активує терапевтичний ефект і сприяє мобілізації залишкових когнітивних ресурсів хворого завдяки морфологічній та функціональній перебудові уражених систем головного мозку на ґрунті їхнього самовідновлення.

Якщо відновлення втраченої когнітивної функції є неможливим у попередньому обсязі, проводять навчання хворого внутрішнім та зовнішнім способам компенсації когнітивного дефекту. Під зовнішніми компенсаторними стратегіями розуміють використання допоміжних пристроїв для часткового заміщення втрачених функцій, від зовсім простих предметів (наприклад, записні книжки у разі функціонального дефіциту пам'яті) до складних засобів у формі електронних гаджетів та когнітивного комп'ютерингу. Внутрішні компенсаторні заходи — це порядок дій, який встановлює сам хворий для досягнення певного результату, який іншим способом не може бути досягнутий або його досягнення є утрудненим через наявні психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку.

Когнітивний тренінг поділяють на компенсаторний та відновний. Відновний когнітивний тренінг застосовують при легких, помірних когнітивних розладах, тоді як компенсаторний тренінг проводять у разі наростання когнітивної недостатності аж до важкого ступеня, коли стійко втрачені окремі когнітивні функції психіки хворого.

Компенсаторний тренінг спрямований на навчання новим стратегіям виконання певного завдання завдяки збереженим когнітивним функціям. Для когнітивного тренінгу застосовують різні стратегії: візуалізація інформації, розподіл інформації за категоріями, використання зовнішніх підказок.

Відновний когнітивний тренінг використовує заходи, з поліпшення пошкоджених когнітивних функцій, і під час тренування, спрямованого на вирішення конкретного завдання, розвиває когнітивні здібності, потрібні для виконання таких завдань. Під час проведення відновного тренінгу застосовують класичний тренінг, когнітивну стимуляцію, тренінг з використанням комп'ютерних програм як індивідуально, так і в групах, залежно від ступеня вираженості когнітивних розладів у конкретного хворого.

Незалежно від ступеня тяжкості органічної психопатології у хворого, важливою є робота з членами родини та іншими особами, які його оточують. Проводять психоосвітню роботу з членами сім'ї хворого, метою якої є інформування родичів про стан хворого члена родини та про перспективи на майбутнє. Під час надання інформації йдеться про причини виникнення та особливості розвитку захворювання, про його провідні прояви; обов'язково висвітлюють послідовність медикаментозного лікування хворого, а також обговорюють психологічні проблеми, які виникають у спілкування членів родини з психічно хворим.

Важливою є психологічна допомога членам сім'ї хворого, яка дасть змогу їм ефективно адаптуватись до психічної захворювання члена родини, особливо якщо у хворого є помірно виражені або виражені, тяжкі психічні розлади. Потрібна емоційна та інформаційна підтримка осіб родини хворого, особливо тих, хто доглядає за ним, з метою розвитку у них адекватного розуміння і ставлення до хворого члена родини та до проявів його захворювання.

У хворих з дуже тяжкими проявами органічних психічних розладів (деменція), когнітивний тренінг може не дати результатів, і психокорекція в такому разі містить заходи, спрямовані на пом'якшення реагування хворих на різні ситуації, пов'язані з захворюванням та лікуванням, а також запобігання їх ізоляції в оточенні.

Таким пацієнтам проводять паліативну (психіатричну) хоспісну допомогу. Нормативним забезпеченням цієї допомоги в Україні є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII, Порядок надання паліативної допомоги, затверджений наказом МОЗ України від 04 червня 2020 р. № 1308, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII, Наказ МОЗ України від 04.06.2020 р. № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». В Наказі МОЗ України № 1308 паліативну допомогу визначено як «комплекс заходів,

спрямованих на покращення якості життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя, або з захворюваннями, що загрожують життю ..., шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд». Паліативну допомогу хворому та членам його родини, або особам, що доглядають за хворим, надає мультидисциплінарна команда, до якої залучаються медичні спеціалісти, психотерапевти, соціальні працівники, психологи, волонтери, юристи та інші — за потребою. Паліативна (психіатрична) хоспісна допомога має такі складові частини: професійна медична, яка передбачає надання психіатричної допомоги хворим; професійна психологічна допомога психологів та психотерапевтів членам родини хворого; соціальна, яку надають волонтери та соціальні працівники; духовна (медичне капеланство). Ключовими завданнями паліативної допомоги хворим на органічну деменцію є симптоматичне психіатричне лікування, догляд, психологічна допомога і підтримка, соціальна, юридична й економічна допомога, допомога та підтримка сім'ї хворого і осіб, що доглядають, консультування і навчання пацієнта і родини, духовна та релігійна підтримка.

Важливим аспектом психосоціальної реабілітації хворих на органічні психічні розлади є оцінювання її ефективності, яке залежить від оптимальності, комплексності, своєчасності та послідовності заходів, що проводять хворому, з урахуванням вираженості когнітивних розладів та його фізичного стану, типу перебігу органічної психопатології. Психосоціальну реабілітацію хворих на органічні психічні розлади можна вважати успішною у разі появи редукції психопатологічної симптоматики аж до повного її припинення, виразних ознак компенсування когнітивних порушень та зменшення прогресивності органічної деменції, зменшення вираженості проявів органічного розвитку особистості, покращення якості життя психічно хворих, а також осіб — доглядачів за ними протягом 3—6 місяців від початку реабілітаційного процесу.

5.3. Охорона психічного здоров'я хворих на гострі цереброваскулярні захворювання: холістична здоров'я-центрована модель медико-психологічної допомоги

За свідченням експертів ВООЗ, неінфекційні захворювання в XXI столітті стали одною із найважливіших проблем для систем охорони здоров'я, що негативно впливає на сталий розвиток і соціально-економічну структуру країн світу. За даними досліджень

Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, в середньому 72—73 % смертей у віці до 65 років трапляється в Україні через хронічні захворювання неінфекційного характеру, більшість з яких пов'язана зі способом життя. У структурі глобального тягаря хвороб в Україні, як і в світі, ліderують судинні захворювання, які становлять основну проблему сучасної медицини, незважаючи на всі зусилля, яких докладають у системі охорони здоров'я. Рівень смертності від серцево-судинної та цереброваскулярної патології (ЦВП) останніми роками невинно підвищується: з 2016 року в Україні цей показник перевищує 1000 на 100 тис. населення; становить близько 68 % загальної структури смертності; втричі перевищує рівень смертності у зв'язку з онкологічними та іншими захворюваннями. Загалом показник смертності від хвороб системи кровообігу в Україні протягом останніх десятиріч підвищився.

Епідемія хронічних неінфекційних захворювань, насамперед хвороб системи кровообігу та ЦВП, великою мірою пов'язана зі способом життя і виникненням унаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Фактори ризику розвитку ЦВП напряду пов'язані з соціальними, економічними та екологічними детермінантами здоров'я, до яких належать наявні шкідливі звички, доступність здорової їжі, послуг з охорони здоров'я та інфраструктур, що підтримують здоровий спосіб життя, фізичну активність, рівень психосоціального стресу.

Серед чинників ризику, що можуть бути модифіковані через вживання заходів як на популяційному, так і індивідуальному рівнях, першочерговими вважають тютюнопаління, ожиріння, артеріальну гіпертензію, дисліпідемію, недостатню фізичну активність та психосоціальний стрес.

У метааналізі 14 досліджень, 10 прогностичних когорт та 4 схем випадкового контролю, індексованих в MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycInfo та Кокранівській базі даних за період 1980—2014 рр., доведено, що сприйнятий психосоціальний стрес (загальний емоційний або робочий стрес, або стресові події життя) є незалежним фактором ризику інсульту. У стандартизованому дослідженні INTERHEART методом «випадок-контроль» гострого інфаркту міокарда в 52 країнах (15 152 випадки та 14 820 контрольних) встановлено, що співвідношення шансів розвитку інфаркту міокарда у осіб, які потерпали від психосоціального стресу, в 2,67 раза більше, ніж в групі порівняння.

Одним з найбільш грізних наслідків ЦВП є мозковий інсульт (МІ). Від 25 % до 72 % пацієнтів, які перенесли МІ, хворіють на депресивні

чи тривожні розлади. Поширеність депресивних розладів у хворих, які перенесли МІ, становить 40—50 %. Нозогенні реакції погіршують прогноз захворювання, знижують ефективність лікування та якість життя хворих. Психічні порушення при тяжких соматичних захворюваннях знижують якість життя не тільки пацієнтів, але і їхніх родичів.

З огляду на збільшення поширеності неінфекційних захворювань в останні десятиріччя у світі, важливого значення набувають заходи щодо профілактики хвороб за допомогою модифікації способу життя та підвищення ефективності лікування — внаслідок формування адаптивних форм копію та терапевтичного альянсу. Однак, сучасні дослідники відзначають, що, з одного боку, механізми взаємовпливу та причинні зв'язки між стресом та ЦВП потребують подальшого вивчення, а з другого — емоційний стрес та його наслідки клініцисти та дослідники все ще недооцінюють як фактор ризику, модифікація якого може суттєво вплинути на епідеміологію та прогноз.

Проте, визнання нагальної потреби розроблення заходів щодо запобігання негативній дії стресового фактору як предиктора формування та прогресування ЦВП, відображено у Національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, ухваленому розпорядженням Кабміну України від 26.07.2018 № 530-р, в якому як основний фактор ризику неінфекційних захворювань, зокрема хвороб системи кровообігу, визначено поведінковий (п. 2.1) та окремо зазначено про шкідливий вплив на здоров'я тривалого психоемоційного напруження (п. 2.11). Стрижневою ідеєю цього Плану є розвиток профілактичного напрямку медичної допомоги на всіх рівнях її надання, насамперед використовуючи «...формування засад і навичок здорового способу життя населення та забезпечення виявлення й моніторингу наявності і динаміки факторів ризику на всіх рівнях надання медичної допомоги» (р. 12), а також «...формування навичок контролю та психологічного впливу медичних працівників на пацієнтів, у яких виявлено фактори ризику виникнення неінфекційних захворювань, з урахуванням принципів медичної деонтології» (п. 3.6).

На ґрунті дослідження з метою науково обґрунтувати холистичну модель здоров'я-центрованої допомоги хворим з гострими цереброваскулярними захворюваннями, розроблено систему модифікації життєвого стилю і диференційованого медико-психологічного супроводу на різних етапах їх розвитку і прогресивності залежно від їх наслідків, спрямовану на поліпшення прихильності до лікування і психоадаптації до нового життєвого статусу, а також

медико-психологічну підтримку членів родини та медичних працівників, залучених до лікування.

Обстежено 383 пацієнти з ЦВП на різних етапах її перебігу: 122 хворих з високим ризиком розвитку захворювання внаслідок наявних факторів кардіоваскулярного ризику та високим ризиком розвитку ЦВП, 134 особи з клінічними проявами у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі та 127 пацієнтів після ішемічного мозкового інсульту. Як групу порівняння досліджено 47 умовно здорових осіб без ризику або ознак ЦВП.

Розподіл опитуваних залежно від рівня стресового ризику: з помірним (ПСР), високим стресовим ризиком (ВСР) та надвисоким стресовим ризиком (нВСР) наведено у табл. 5.1.

Отже, у дослідженні виокремлено дві осі аналізу — період (етап) захворювання та рівень стресового ризику.

Таблиця 5.1. Розподіл опитуваних залежно від рівня стресового ризику

Рівень стресового ризику	З високим ризиком розвитку ЦВП, n = 122		З ТІА в анамнезі, n = 134		Після ішемічного МІ, n = 127		Група порівняння (умовно здорові), n = 47	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Низький (НРС)	0	—	0	—	0	—	—	0
Помірний (ПСР)	34	27,9	25	18,7	16	12,6	18	38,3
Високий (ВСР)	63	51,6	77	57,5	66	52,0	23	48,9
Надвисокий (нВСР)	25	20,5	32	23,9	45	35,4	6	12,8

Визначено, що для пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями важливу роль у розвитку та перебігу патології відіграє рівень стресового ризику, що є вищим за нормативний на усіх етапах перебігу хвороби. Психогенез зниження стресостійкості у хворих з ЦВП зумовлений впливом поведінкового та психоемоційного складників чинників стресового ризику (табл. 5.2). За вісцю періоду хвороби на початковому етапі розвитку ЦВП провідний вплив має поведінковий складник (низка звичок, пов'язаних зі способом життя), тоді як з перебігом захворювання і появою клінічно розгорнутої симптоматики і ускладнень підвищується роль психоемоційного складника (персональні, міжособистісні та психосоціальні компоненти

уразливості до стресу). За вісью стресового ризику виявляється підвищення впливу поведінкових та психоемоційних чинників, що потенціюють стрес, зі збільшенням дистресу. У осіб з ПСР провідну роль достовірно відіграють поведінковий, з ВСР та нВСР — психоемоційний та поведінковий складники.

Профіль стресу у хворих на ЦВП вирізняють порушення ритму сон/бадьорість, знижена фізична активність, надлишкова маса тіла, труднощі у міжособистісній взаємодії та соціальній комунікації, невідання виражати негативні переживання, знижена асертивність, неефективна організація часу.

Таблиця 5.2. Поведінкові та психоемоційні чинники, що потенціюють стрес

Поведінкові	Психоемоційні
Здорові харчові звички	Близькі емоційні та довірливі стосунки
Режим сну/бадьорості	Відчуття підтримки
Дозовані фізичні навантаження (тренування)	Можливість задовольнити потреби
Паління та вживання алкогольних і кофеїновмісних напоїв	Соціальна активність
Надлишкова маса тіла	Широта кола спілкування
Самооцінка стану здоров'я	Вміння виражати негативні переживання
Ефективна організація часу	Вміння обговорювати поточні проблеми
Кількість часу на власні потреби	Гумор як антистресова стратегія

Клінічні прояви хвороби актуалізують модифікацію життєвого стилю, на що вказує зменшення рівня куріння, вживання алкогольних та кофеїновмісних напоїв. Проте, певна категорія пацієнтів зберігає шкідливі звички, незважаючи на розгортання клінічної симптоматики. Пацієнти після МІ переживають гострий дистрес у зв'язку з втратою автономії, обмеженням соціальної підтримки та залежністю від підтримки оточення.

Порушення фізичного та психічного здоров'я, які виникають під дією стресових чинників у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями, мають складний психофізіологічний та психологічний генезис (рис. 5.1).



Рис. 5.1. Генезис порушень здоров'я під впливом стресу у пацієнтів з гострою цереброваскулярною патологією

На формування порушень психічного здоров'я у таких хворих впливають поведінкові та психоемоційні чинники, що потенціюють стрес, які мають різний психологічний зміст на кожній зі стадій розвитку цереброваскулярного захворювання (рис. 5.2).

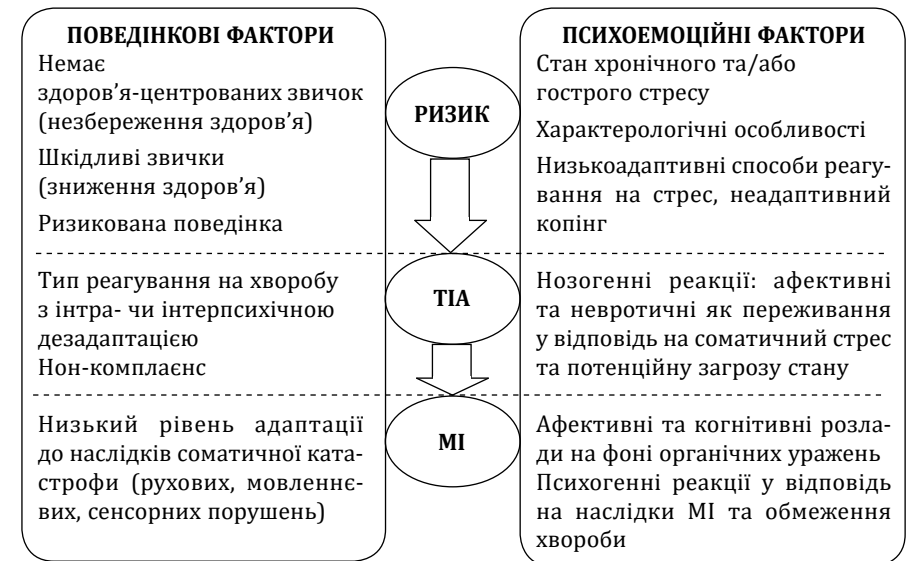


Рис. 5.2. Вплив поведінкових та психоемоційних чинників, що потенціюють стрес, на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології

Вплив поведінкового та психоемоційного складників стресового ризику становить динамічну взаємодію чинників, що потенціюють стрес, з розгортанням клінічної симптоматики хвороби. Поведінкові чинники відіграють провідну роль на початкових етапах (зумовлюють ризик розвитку хвороби, резерви до її профілактики), психоемоційні визначаються через характер реагування та можливості психологічної адаптації.

Пацієнти з цереброваскулярними захворюваннями демонструють вищий рівень психоемоційного напруження порівняно зі здоровими опитуваними: встановлено підвищення психопатологічних проявів за віссю періоду хвороби «група ризику — хворі з клінічними проявами — пацієнти після ішемічного інсульту». У пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком та клінічними проявами хвороби провідними проявами є тривога, психічне напруження, дратівлива слабкість, фізична та психічна втома, страх виникнення ускладнень захворювання, невпевненість, зниження настрою, особливо в осіб з ТІА в анамнезі. У хворих після МІ домінують депресивні симптоми, відчуття самотності, гостре суб'єктивне сприйняття втрати розумової продуктивності, посилена сконцентрованість на стані здоров'я.

Виявлено відмінності у психоемоційному стані й за віссю стресового ризику. Психопатологічний профіль у осіб з ПСР характеризується переважно дратівливою слабкістю, нестійкими розладами настрою, порушеннями сну, що зникають з усуненням стресогенної ситуації. Опитувані з ВСР виявляють виражену тривожну симптоматику, збільшення суб'єктивного відчуття зниження розумової продуктивності, акцентованість на стані здоров'я. Особам з нВСР притаманний стійкий тривожно-депресивний стан, що супроводжується переживанням невпевненості, залежності, порушенням міжособистісної взаємодії, зниженням відчуття розумової ефективності, сконцентрованістю на стані здоров'я.

У опитуваних з клінічними проявами (ТІА) спостерігається наростання когнітивної дисфункції порівняно із умовно здоровими та опитуваними з ризиком розвитку гострої ЦВП, а у хворих, які перенесли ішемічний МІ, — виразні зміни когнітивних здібностей у зв'язку з органічним ураженням головного мозку внаслідок судинної катастрофи. Підвищений стресовий ризик також поєднується з погіршенням когнітивного функціонування.

Психосоціальне напруження збільшується як за віссю періоду хвороби «умовно здорові — група ризику — хворі з клінічними проявами — пацієнти після ішемічного інсульту», так і зі збільшенням

стресового ризику. У групі умовно здорових опитуваних визначено стреси ситуативного характеру, зумовлені роботою, міжособистісними стосунками, що призвели до напруження у спілкуванні, професійній реалізації, спричиняли фізичну та психічну втому. Проте, вони не мають системного характеру та успішно долаються. У пацієнтів з високим ризиком розвитку гострої ЦВП та хворих з клінічними проявами ЦВП спостерігається тенденція до зростання психосоціального стресу, що відображається у суб'єктивному відчутті постійного перенапруження, його персоналізації, стані постійної перевтоми та труднощах, спричинених звичайною щоденною діяльністю. Стан стресу негативно впливає на виконання професійних обов'язків, особистісну взаємодію, що свідчить про розширення впливу стресу з соціального на особистісний рівень функціонування. Пацієнти, які перенесли ішемічний МІ, дуже гостро переживають обмеження у психосоціальній сфері внаслідок зниження працездатності, фізичної неспроможності, залежності від оточення, того, що немає достовірних прогнозів щодо відновлення втрачених функцій. Особливістю цих опитуваних є невідповідність очікувань та психосоціальних потреб до наявного у них ресурсу (фізичного, психологічного) стосовно можливості контролювати події при їх надзвичайній значущості.

Особистісні та поведінкові паттерни відіграють важливу роль у розвитку порушень у психічній сфері хворих на гострі цереброваскулярні захворювання.

Зростання проявів агресивності та ворожості у пацієнтів з ЦВП за віссю розвитку хвороби проявляється збільшенням непрямої агресії, дратівливості, негативізму, відчуття образи, підозрливості. У структурі форм агресії у умовно здорових опитуваних та пацієнтів з ризиком розвитку гострої ЦВП провідну роль відіграють роздратування, вербальна агресія та відчуття образи, за ними йдуть непряма агресія та почуття провини, найменш представленими є фізична агресія, підозрливість та негативізм. У пацієнтів з ТІА в анамнезі домінують почуття образи, роздратованість, вербальна агресія, провина, менше виражені — підозрливість, негативізм, фізична та непряма агресія. У пацієнтів, які перенесли ішемічний МІ, провідними формами агресії є почуття образи та провини, підозрливість, роздратування, вербальна агресія, з посиленням негативізму й непрямої агресії.

Прояви агресії також мають відмінності залежно від рівня стресового ризику: у опитуваних з ПСР провідними формами агресії є дратівливість та вербальна агресія, серед опитуваних з ВСР — до них приєднуються почуття образи та провини, у хворих з нВСР — вагому роль

відіграють непряма агресія та підозрлість. Підвищення показників за віссю стресового ризику та віссю тривалості хвороби супроводжується підвищенням рівня агресивності та ворожості із застосуванням неконструктивних форм прояву агресії (почуття образи, вини, підозрліості, негативізму).

У хворих на ЦВП є тренд на зниження особистісної життєстійкості відповідно до прогресування захворювання, та збільшення стресового ризику. Як за віссю розвитку хвороби «умовно здорові — група ризику — хворі з клінічними проявами — пацієнти після ішемічного інсульту», так і за віссю стресового ризику у хворих з розгорнутою клінічною картиною ЦВП визначаються нижчі показники життєстійкості за усіма її складовими частинами (залученості, контролю та прийняття ризику). У зниженні життєстійкості провідну роль відіграють ослаблення відчуття контролю над ситуацією та низький рівень прийняття ризику, що виражається у переживаннях неможливості вплинути на життєві події, результати лікування, у зниженні вольових зусиль з модифікації звичок, що знижують здоров'я, «тунельне» бачення ситуації захворювання та неможливість прийняти зміни у новому життєвому статусі і пристосуватися до них.

У пацієнтів з ЦВП загалом визначається вища напруженість копінгу, ніж у соматично благополучних осіб, виявлено дисбаланс форм копінгу з низькою та високою ефективністю подолання стресу, що проявляється домінуванням конфронтації, дистанціювання й уникнення на противагу подоланню проблем, позитивній переоцінці. Маніфестація клінічної симптоматики ЦВП спричиняє збільшення напруженості загального рівня копінгу у відповідь на стресогенну ситуацію, тоді як тяжке порушення фізичного здоров'я (перенесений МІ) спричинює різку трансформацію копінг-профілю, спрямовану на подолання актуального стресу. За віссю стресового ризику виявлено вищі рівні конфронтації, дистанціювання, пошуку соціальної підтримки, уникнення та нижчі — подолання проблеми у опитуваних з високим та надвисоким стресовим ризиком.

Поєднання соціального, емоційного та поведінкового складників комплаєнсу формує загальний стиль поведінки під час захворювання та лікування у вигляді змін прихильності до терапії у пацієнтів на різних етапах розвитку ЦВП. Зниження комплаєнтності у хворих з ЦВП відбувається внаслідок активізації психологічних захисних механізмів у відповідь на хворобу та її лікування, дія яких спрямована на подолання психічного напруження через зменшення значимості чи віддалення від стресогенного об'єкта. За віссю розвитку хвороби

відзначається посилення емоційної комплаєнтності, схильність до зниження соціальної та поведінкової комплаєнтності, з розподілом хворих на підгрупи з високими та низькими рівнями прояву, залежно від особистісної реакції на захворювання та способу подолання стресу.

Середньо-високий рівень соціальної комплаєнтності притаманний умовно здоровим опитуваним та пацієнтам з ризиком розвитку ЦВП, характеризується формуванням довірливих, партнерських стосунків пацієнта з лікарем, чітким дотриманням рекомендацій, ситуативними відхиленнями від призначеного лікування. Середньо-низький рівень соціальної комплаєнтності, властивий хворим з клінічними проявами ЦВП та пацієнтам, які перенесли ішемічний МІ, виявляється у невизначеній позиції у терапевтичній взаємодії, що супроводжується сумнівами щодо правильності призначеного лікування на підставі сприйняття ставлення лікаря до хворого як негативного (неуважного, байдужого), орієнтування на власну думку, та іноді відкритою конфронтацією у питаннях лікування, небажанням формувати довгострокові конструктивні взаємини з медичними працівниками.

Середньо-високий рівень емоційної комплаєнтності, що визначається переважно у осіб з групи порівняння, проявляється тривожними переживаннями під час хвороби, сумнівами у можливості її успішноговилікування, проте усвідомлення загрози мотивує до лікування.

В усіх хворих з ЦВП на різних етапах її перебігу виокремлено клініко-психологічні варіанти прояву емоційної комплаєнтності у вигляді:

а) гіперемоційного, що характеризується інтенсивними психоемоційними проявами, а саме, частими змінами настрою, тривожністю, пов'язаними з захворюванням страхами, дратівливістю, катастрофізацією хвороби, песимізмом щодо можливостей її лікування, перекладанням відповідальності за результат винятково на лікаря, та

б) емоційно-гіпнозогностичного, що проявляється схильністю недооцінювати тяжкість захворювання та його наслідки, низькою мотивацією до лікування.

Середньо-високий рівень поведінкової комплаєнтності, властивий опитуваним з групи порівняння та пацієнтів з ризиком розвитку гострої ЦВП, визначається через схильність дотримуватися лікарських рекомендацій, спрямованих на подолання хвороби, цілеспрямованість у виконанні призначень, готовність будь-яким способом справитися із захворюванням з допомогою лікаря. У пацієнтів з ТІА в анамнезі та пацієнтів, які перенесли ішемічний МІ, простежується

дисоціація поведінкової комплаєнтності зі збільшенням кількості осіб з високою — активно-усвідомлений варіант, та низькою вираженістю складника прихильності до лікування — пасивно-гіпнозогнозичний варіант. Низький рівень поведінкової комплаєнтності характеризується непослідовністю у виконанні лікарських приписів, неорганізованістю щодо приймання медикаментів та режиму терапії, імпульсивністю, істотним впливом емоційного стану на прийняття рішень у лікуванні, орієнтацією на задоволення ситуаційних бажань всупереч терапевтичним цілям, зниженою значимістю хвороби.

За вісью стресового ризику у осіб з ПСР визначається високий рівень загальної комплаєнтності, у осіб з ВСР — знижений, тоді як у пацієнтів з нВСР — низький. Підвищення стресового ризику корелює зі зниженням комплаєнтності, зростанням емоційного та зниженням поведінкового складників. У опитуваних з ПСР виявляється високий рівень соціальної, поведінкової та середньо-низький — емоційної комплаєнтності, що формує сприятливе підґрунтя для лікувальної взаємодії. У осіб з ВСР визначається середньо-високий рівень соціальної та поведінкової, високий — емоційної комплаєнтності, що вказує на порушення прихильності до терапії на підставі психоемоційного складника. Серед хворих з нВСР середньо-високий соціальний рівень комплаєнтності поєднувався з високою емоційною та низькою поведінковою вираженістю прихильності до лікування, що вказує на суттєві зміни у поведінці та реакціях пацієнтів на захворювання та подолання його наслідків, низький поведінковий ресурс, значну емоційну залученість до ситуації у поєднанні з відчуттям неможливості її подолати. У пацієнтів з ВСР та нВСР є феномен дисоціації психологічної реакції на хворобу на фоні нозогенного стресу.

За вісью періоду хвороби спостерігається зменшення частки «адаптивних» та змішаних у складі з «адаптивним» типів реагування на захворювання та збільшення — типів з інтрапсихічною та інтерпсихічною дезадаптацією, змішаного типу у складі з кількома дезадаптивними, що вказує на підвищення внутрішнього психічного напруження та погіршення психосоціальної адаптації пацієнтів. У пацієнтів з ризиком розвитку гострої ЦВП найбільш представленими є тривожний, анозогнозичний, ергопатичний, ергопатично-неврастенічний та гармонійний типи ставлення до хвороби, у пацієнтів з ТІА в анамнезі домінують тривожний, анозогнозичний та ергопатичний типи. У пацієнтів, які перенесли ішемічний МІ, основними типами реагування на хворобу визначені анозогнозичний, тривожний, сензитивний, анозогнозично-сензитивний. Зростання за вісью

стресового ризику поєднується з викривленням реагування на захворювання, що супроводжується проявами психологічної та психосоціальної дезадаптації як за інтрапсихічним, так і інтерпсихічним механізмом розвитку. У підгрупі з ПСР переважають опитувані з адаптивними та змішаними у складі з «адаптивним» типами реагування на захворювання, що охоплює реалістичне сприйняття хвороби, відповідальність за її лікування, зосередження на збереженні «здорових» частин життя, високий рівень соціальної активності. У підгрупах з ВСР, та особливо — з нВСР, збільшується частка осіб з дезадаптивними типами: у пацієнтів з ВСР спостерігаються переважно варіанти анозогнозичного та тривожного типів відповіді на захворювання, для пацієнтів з нВСР властиві висока вираженість тривожних переживань, надмірна зосередженість на відхиленнях у фізичному самопочутті, неврастенічні прояви, погіршення міжособистісної комунікації та соціальної адаптації.

Пацієнтів з ЦВП за вісью розвитку хвороби вирізняє нижчий рівень, порівняно з умовно здоровими опитуваними, суб'єктивного сприйняття психосоціальної підтримки з боку сім'ї, значимих осіб та друзів, що формує несприятливе підґрунтя для розвитку психологічної та психосоціальної дезадаптації. Підвищення рівня стресу за вісью стресового ризику супроводжується зниженням сприйняття психосоціальної підтримки внаслідок суб'єктивної зміни оцінки реальності (оточення, ситуації) на фоні впливу психоемоційних та фізичних стресорів. Аналіз сприйняття соціальної підтримки у пацієнтів за складником допомоги сім'ї — не виявляє значущих відмінностей у рівні оцінки психосоціального ресурсу у жодній підгрупі за стресовим ризиком; щодо допомоги друзів — визначено зниження відчуття залученості у осіб з ПСР; значимих інших — спостерігалось зниження показників у підгрупах з ПСР та нВСР.

Розвиток ЦВП приводить до зниження якості життя пацієнтів за параметрами фізичного та психологічного благополуччя, автономії, працездатності, міжособистісної взаємодії, соціоемоційної, суспільної підтримки, самореалізації та духовної реалізації та загального сприйняття якості життя. Визначено, що за вісью стресового ризику у осіб з ВСР наявні нижчі показники за критеріями фізичного, психологічного благополуччя, працездатності, соціоемоційної та суспільної підтримки, самореалізації та духовної реалізації, загального сприйняття якості життя, а в осіб з нВСР — параметрами фізичного та психологічного благополуччя, автономії, працездатності, соціоемоційної та суспільної підтримки, духовної реалізації.

ЦВП у члена родини, що супроводжується розгорнутою клінічною симптоматикою, поєднується із високим рівнем психосоціального стресу у членів сім'ї. У членів сім'ї пацієнтів після перенесеного інсульту рівень психосоціального стресу є найвищим, що зумовлено різними змінами стану здоров'я хворого, потребою у трудомісткому догляді за ним і, відповідно, суттєвою зміною сімейного укладу, перерозподілу обов'язків та ресурсів.

Складовими частинами психологічного стресу у родині є дестабілізація міжособистісного спілкування на фоні переживання проявів та наслідків хвороби, зниження працездатності хворого та, відповідно, усе більша потреба у фізичній та емоційній підтримці, перерозподілу сімейних ролей та обов'язків, виснаження сімейних ресурсів (психологічних, соціальних, фізичних).

До джерел, що спричиняють психосоціальний стрес у родині пацієнтів з ЦВП, належать: зниження працездатності хворого та потреба у сторонній допомозі та догляді; збільшення потреби у психологічній підтримці хворого у зв'язку з переживанням вітальної загрози та обмежень, спричинених захворюванням; зміна сімейних ролей, обов'язків; перерозподіл сімейних ресурсів, їх брак; підвищення міжособистісної конфліктності на фоні психоемоційної нестабільності, спричиненої соматичним стресом; переживання факту реальної загрози для життя близької людини та можливості її втрати.

У психопатогенезі сімейної тривоги лежать такі механізми: дестабілізація міжособистісного спілкування на фоні переживання проявів та наслідків хвороби, низька опірність сімейної системи до стресу та дефіцит ресурсів, особливості взаємин у родині як основа психічного дистресу.

Зростання стресового ризику супроводжується підвищенням рівня сімейної тривоги у вигляді відчуття провини, тривожності та напруженості у родині хворих з ЦВП. У опитуваних з ПСР та ВСР вищі показники зареєстровані у сім'ях пацієнтів з ризиком розвитку гострої ЦВП, з ТІА в анамнезі та найвищі — у родичів пацієнтів, які перенесли ішемічний МІ, тоді як у опитуваних з нВСР — в усіх сім'ях виявлено високі рівні сімейної тривоги.

У родичів хворих з ПСР основою сімейної тривоги є ситуаційні переживання міжособистісних суперечностей, занепокоєність виконанням сімейної ролі, заклопотаність щоденними справами, що стосуються родини. Серед родичів хворих з ВСР спостерігається підвищення сімейної тривоги через посилення сумнівів щодо власної ролі у родині, своєї значимості, збільшуються почуття провини, напруженість у стосунках.

У членів сім'ї хворих з нВСР стан сімейної тривоги характеризується високою напруженістю, інтенсивним переживанням провини, власної сімейної нереалізованості або невідповідності до висунутих вимог, вираженою занепокоєністю міжособистісними стосунками.

Отже, чинники ризику розвитку психологічної дезадаптації у пацієнтів з ЦВП становлять поєднання соматогенних та психогенних взаємовпливів, що у хворих з ризиком розвитку ЦВП виражається у психосоматичному базисі та преморбідних особливостях, у хворих з ТІА в анамнезі — паттернами реагування на хворобу та лікування, та у хворих, які перенесли ішемічний МІ, — наявним внутрішньо-особистісним та психосоціальним резервом, ступенем ураження нервової системи (рис. 5.3).

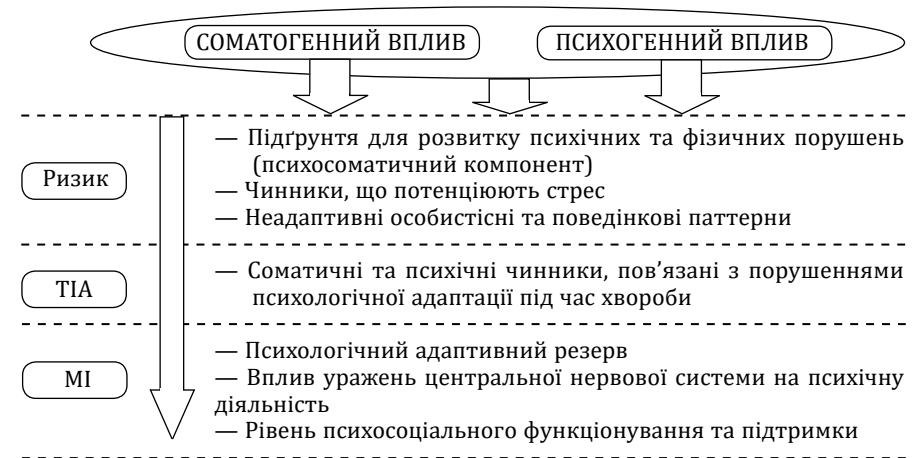


Рис. 5.3. Співвідношення ролі психогенних та соматогенних чинників у розвитку гострої цереброваскулярної патології

Отже, в психопатогенезі порушень психічної сфери при гострій ЦВП залучений комплекс зовнішніх стресових, особистісних, поведінкових, психосоціальних чинників, вплив яких має відмінності на різних етапах розвитку захворювання (рис. 5.4).

Концептуальна модель медико-психологічного супроводу хворих при гострих цереброваскулярних захворюваннях має диференціальний та змістовний рівні.

На основі отриманих результатів та їх аналізу розроблено систему заходів медико-психологічного супроводу, диференційовану залежно від етапу розвитку цереброваскулярного захворювання та рівня стресового ризику.

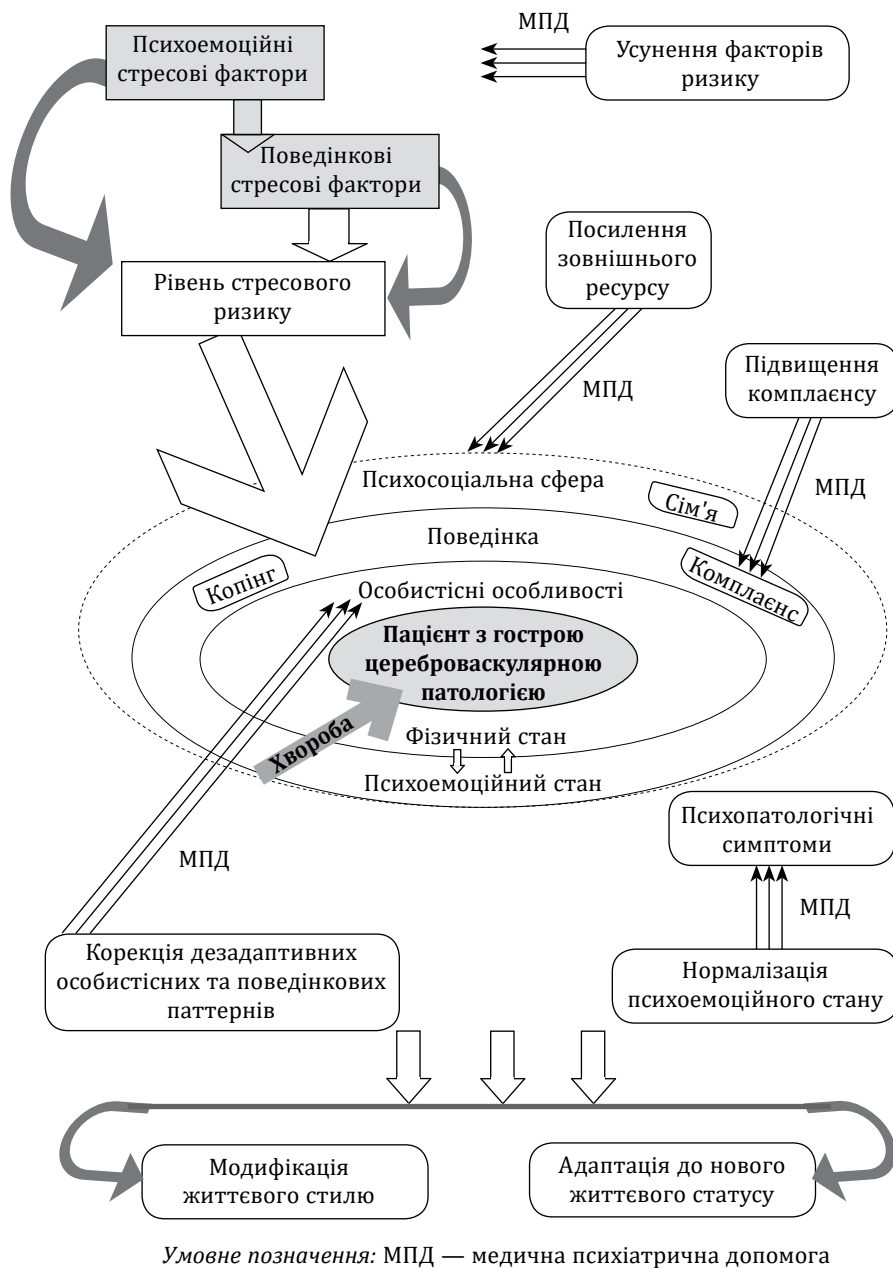


Рис. 5.4. Модель психопатогенезу порушень у психічній сфері у пацієнтів з гострою цереброваскулярною патологією

В основу змістовного рівня моделі системи медико-психологічного супроводу покладено психокорекцію особистісних та поведінкових паттернів, формування здоров'я-центрованого життєвого стилю, посилення психосоціального ресурсу та зниження впливу факторів стресового ризику.

Розроблено три підсистеми та відповідні їм клініко-психологічні протоколи медико-психологічного супроводу для хворих на гострі цереброваскулярні захворювання залежно від етапу розвитку хвороби та стратегічних цілей психологічної допомоги — 1) пацієнтів групи ризику, 2) хворих з клінічними проявами патології, 3) пацієнтів після перенесеного МІ.

Система медико-психологічного супроводу пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком орієнтована на формування здоров'я-центрованого життєвого стилю і збільшення прихильності до лікування серцево-судинного захворювання; у хворих з клінічними проявами — акцент роблять на підвищення комплаєнтності та корекцію психоемоційних і поведінкових проявів реакції на хворобу; у пацієнтів після МІ — корекцію психопатологічних проявів, посилення психосоціального ресурсу, активізацію у процесі відновлення (рис. 5.5).

З огляду на те, що високий стресовий ризик прогностично вказує на низький рівень особистісної, поведінкової та психосоціальної опірності стресу, що сприяє розвитку психологічної та психосоціальної дезадаптації, одним з провідних завдань системи медико-психологічної допомоги є усунення факторів ризику, зниження психоемоційного напруження як фону для нозогенних реакцій, гармонізації копінг-профілю та модифікації життєвого стилю, що втілено у розроблені програми психологічного тренінгу «Стресостійкість», «Комплаєнтність», «Психологічний баланс».

Втілення системи заходів медико-психологічного супроводу становить 2 етапи — підготовчий та інтервенційний. Підготовчий етап передбачає оцінку психоемоційного стану, визначення факторів та рівня стресового ризику, ідентифікацію особистісних та поведінкових паттернів подолання стресових ситуацій, аналіз поведінки та чинників, що на неї впливають, оцінку психосоціального стресу. Інтервенційний етап містить такі кроки: визначення стратегічних цілей психологічної допомоги залежно від етапу хвороби та психологічного статусу пацієнта, розроблення індивідуальної тактики та програми психологічної допомоги, психоосвітні заходи та психокорекція для пацієнта, психоосвітні заходи для родини та сімейна психотерапія, психоосвітні та тренінгові заходи для медичних працівників.

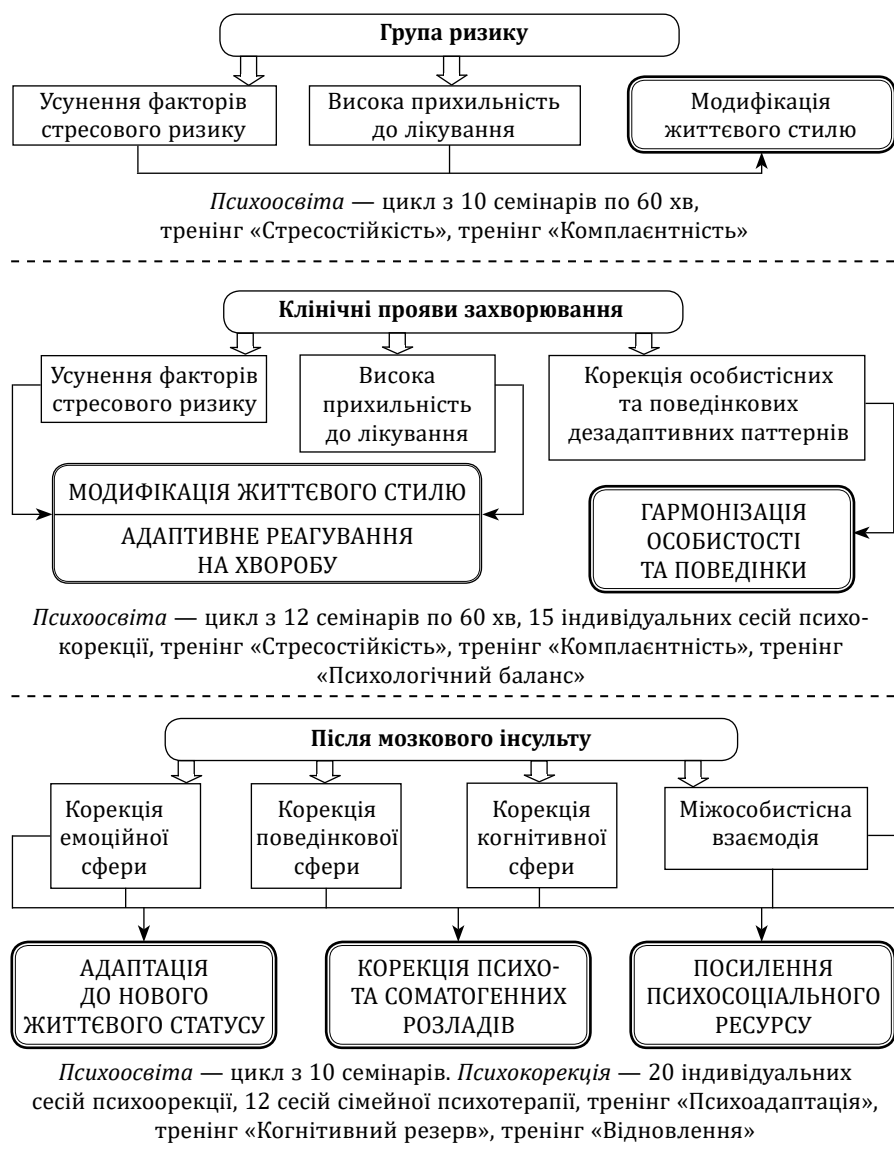


Рис. 5.5. Система медико-психологічного супроводу хворих на цереброваскулярну патологію

Визначені психоемоційні, особистісні, поведінкові, когнітивні, психосоціальні та терапія-асоційовані мішені медико-психологічної допомоги (табл. 5.3).

Таблиця 5.3. Мішені медико-психологічної допомоги для хворих на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології

Організаційні складники	Пацієнти групи ризику	Пацієнти з клінічними проявами	Пацієнти після мозкового інсульту
Мішень «психоемоційна сфера»	Ідентифікація психоемоційних чинників, що потенціюють стрес		Визначення факторів психоемоційного дистресу
	Ситуаційно зумовлена тривога	Тривожно-депресивні прояви; Нозогенні афективні та невротичні реакції на клінічні симптоми; Ситуативне переживання вітальної загрози; Прояви іпохондрії	Депресивна симптоматика; Нозогенні афективні та невротичні реакції спричинені наслідками після інсульту; Екзистенційна криза; Хвороба та її наслідки — «центр життя»
Мета заходів	Зниження впливу стресогенних (психоемоційних та поведінкових чинників, що потенціюють стрес)		
	Зниження психоемоційного напруження		
Форма заходів		Корекція фобічних проявів, страху смерті	Корекція ставлення до наслідків судинної катастрофи, зміни життєвих перспектив, страху смерті, зниження автономії; Корекція органічних афективних розладів
	Тренінг «Стресостійкість»		Тренінг «Психоадаптація», тренінг «Відновлення», екзистенційний аналіз, релаксаційна терапія, КПТ, арт-терапія, психоосвіта
Мішень «когнітивна сфера»	КПТ, релаксаційна терапія, психоосвіта		КПТ, тренінг «Психологічний баланс», релаксаційна терапія, арт-терапія, психоосвіта
	Зниження концентрації уваги, розумової продуктивності на фоні дистресу		Когнітивні розлади різного ступеня прояву після МІ
Мета заходів	Підвищення когнітивного резерву		Зниження когнітивної функції у зв'язку зі стресом (психотравмою — інсультом);
	Цілеспрямована методична активація когнітивного резерву		Поліпшення когнітивної функції та активація когнітивного резерву
Форма заходів	КПТ		Формування нових навичок в обхід невідновних змін, пошук альтернатив; Зниження самостигматизації
Форма заходів			Тренінг «Когнітивний резерв», КПТ

Продовження табл. 5.3

Організаційні складники	Пацієнти групи ризику	Пацієнти з клінічними проявами	Пацієнти після мозкового інсульту
Мішень «особистісна сфера»	Низька життєстійкість Висока вираженість агресивності та ворожості Неконструктивні форми та прояви агресії		
		Деадаптивні особистісні паттерни	Зрушення у ієрархії цінностей, життєвих пріоритетів
Мета заходів	Трансформація психічного напруження у соціально прийнятні та ефективні форми Підвищення життєстійкості (робота з життєвими установками, посилення залученості, сприяння збільшенню контролю)		
		Корекція дезадаптивних особистісних паттернів	Оптимізація нової системи цінностей, формування нових пріоритетів; Внутрішньоособистісна інтеграція
Форма заходів	<i>КПТ, релаксаційна терапія, психоосвіта</i>	<i>Тренінг «Психологічний баланс», КПТ, релаксаційна терапія, психоосвіта</i>	<i>Тренінг «Психоадаптація», КПТ, релаксаційна терапія, психоосвіта</i>
Мішень «поведінкова сфера»	Деадаптивний копінг-профіль, домінування дистанціювання, уникнення відповідальності, вираженої конфронтації, гіпертрофована роль соціальної підтримки		
Мета заходів	Оптимізація копінг-профілю, розширення спектра та застосування адекватних до ситуації способів подолання психічного напруження		
	Формування здоров'я-центрованих звичок	Формування нового поведінкового стилю з урахуванням невідворотних змін	
		Корекція дезадаптивних форм поведінки	
Форма заходів	<i>КПТ, психоосвіта</i>	<i>Тренінг «Психологічний баланс», КПТ, психоосвіта</i>	<i>Тренінг «Відновлення», КПТ, психоосвіта</i>
Мішень «психосоціальна сфера»	Високий рівень психосоціального стресу у родині Високий рівень сімейної тривоги		
		Сімейні стресові чинники, що потенціюють стрес	Сімейна дезадаптація під впливом хвороби; Почуття провини за хворобу; Проблема автономії, залежності, прийняття допомоги

Закінчення табл. 5.3

Організаційні складники	Пацієнти групи ризику	Пацієнти з клінічними проявами	Пацієнти після мозкового інсульту
Мета заходів	Гармонізація міжособистісної та сімейної комунікації Зниження сімейної тривоги		
		Усунення впливу сімейних стресорів	Інтеграція пацієнта в новій сімейній ролі; Формування сімейної реабілітаційної тактики
Форма заходів	<i>Психоосвіта</i>	<i>Сімейне консультування, психоосвіта</i>	<i>Тренінг «Психоадаптація», сімейна психотерапія, психоосвіта</i>
Мішень «терапія-асоційована»	Низька поведінкова та когнітивна, висока емоційна комплаєнтність Типи реагування на захворювання, що супроводжуються інтра- та інтерпсихічної дезадаптацією		
	Здоров'я-руйнівні шкідливі звички		Низька мотивація до відновного лікування; Песимістичне ставлення до перспектив лікування
	Низька мотивація до лікування серцево-судинної патології		
Мета заходів	Підвищення поведінкової та когнітивної, оптимізація емоційної комплаєнтності; Формування адаптивного стилю реагування та поведінки протягом перебігу та лікування захворювання; Налагодження комунікації та партнерської взаємодії з медичними працівниками		
	Модифікація життєвого стилю; Формування здоров'я-зберігаючих звичок	Адаптація до нового життєвого статусу; Мотивація на реабілітаційні заходи (корекцію рухових, мовленнєвих порушень)	
Форма заходів	<i>Тренінг «Комплаєнтність», КПТ, психоосвіта</i>		<i>Тренінг «Психоадаптація», тренінг «Відновлення», КПТ, психоосвіта</i>

У структурі диференційованої системи медико-психологічного супроводу розроблено окремі психоінтервенційні алгоритми, спрямовані: 1) на модифікацію життєвого стилю та 2) психоадаптацію до нового життєвого статусу.

Алгоритм модифікації життєвого стилю в рамках здоров'я-центрованого підходу передбачає сприяння здоровим звичкам, лікування наявних станів порушення фізичного та психічного здоров'я, підвищення емоційної, поведінкової та психосоціальної стресостійкості.

Алгоритм адаптації до нового життєвого статусу для пацієнтів після перенесеного МІ базується на діагностиці зрушень у емоційній, когнітивній, поведінковій, соціальній сфері функціонування хворого, з подальшою їх корекцією, пошуком внутрішніх та зовнішніх ресурсів для протидії стресогенній ситуації. Особливість психологічної допомоги для пацієнтів після перенесеного МІ визначається складним поєднанням соматогенних (рухові, афективні, когнітивні порушення) та психогенних (суб'єктивне переживання життєвих змін) чинників у формуванні нозогенно зумовленого статусу.

Мішенями медико-психологічної допомоги для родини на психосоціальному, сімейному та емоційно-поведінковому рівнях функціонування визначені: високий рівень психосоціального стресу, виражений рівень сімейного напруження, почуття провини, порушення взаємодії у родині, реагування на дезадаптивну поведінку пацієнта протягом хвороби.

Розроблено окремі психоосвітні програми для пацієнтів, членів їх родин та лікарів, що стосуються актуальних психологічних аспектів розвитку та перебігу ЦВП з акцентом на здоров'я-центрований підхід.

Комплекс заходів медико-психологічної допомоги для родин пацієнтів включає диференційований підхід залежно від періоду хвороби та спрямований на ідентифікацію сімейних проблем, пов'язаних із захворюванням, поліпшення міжособистісної комунікації, удосконалення навичок психічної саморегуляції та протидії стресу (рис. 5.6).

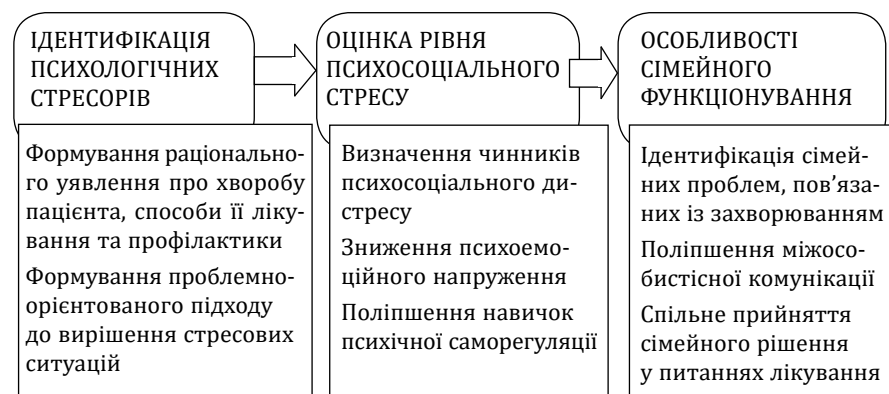


Рис. 5.6. Комплекс заходів медико-психологічної допомоги для родини

Заходи медико-психологічної допомоги для медичних працівників включають інформування щодо психології лікувальної взаємодії, поліпшення комунікативної компетенції та корекцію проявів емоційного вигорання.

Одночасно застосовують методи когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованої психотерапії, арт-терапії, психологічного тренінгу, групової та сімейної психотерапії.

Впровадження системи заходів медико-психологічного супроводу пацієнтів з гострими цереброваскулярними захворюваннями дає змогу знизити рівень психоемоційного стресу, підвищити ефективність стрес-долаючої поведінки, поліпшити міжособистісну взаємодію та доступ до психосоціального ресурсу, сформувати навички здоров'я-центрованого життєвого стилю та поліпшити якість життя пацієнтів.

Таблиця 5.4. Оцінка ефективності системи медико-психологічного супроводу, %

Параметри	Пацієнти з високим ризиком розвитку гострої ЦВП		Пацієнти з клінічними проявами ЦВП		Пацієнти, які перенесли ішемічний МІ	
	ТГ1, n = 82	КГ1, n = 40	ТГ2, n = 98	КГ2, n = 36	ТГ3, n = 82	КГ3, n = 45
Психоемоційне напруження	82,9	62,5	73,5	47,2	67,1	37,8
Психосоціальний стрес	73,2	45,0	66,3	38,9	51,2	28,9
Поведінкові паттерни	67,1	15,0	58,2	11,1	46,3	—
Особистісні паттерни	64,4	35,0	53,1	27,8	43,9	17,8
Комплаєнтність	78,0	40,0	75,5	38,9	61,0	22,2
Якість життя	87,8	65,0	75,5	63,9	74,4	51,1

Примітка: ТГ — терапевтична група, КГ — контрольна група

Втілення психологічних інтервенцій, спрямованих на родину, поліпшує сімейну взаємодію у 66,7 % родин, орієнтованих на лікарів — удосконалює психологічну компетенцію у професійній взаємодії у 77,8 % фахівців.

5.4. Особливості реабілітації хворих з епілептичними нападами внаслідок органічного ураження головного мозку

Хворим з епілептичними нападами і психічними розладами внаслідок органічного ураження головного мозку, які успішно проходять лікування, якщо є потреба змінити часовий пояс, з метою профілактики розвитку рецидиву психічних розладів під час цих змін, що може бути зумовлено збоєм циркадних ритмів головного мозку,

рекомендується дотримуватися таких правил. Насамперед, слід знати, що самі перельоти зазвичай не провокують нападів. Готуючись до подорожі, варто взяти потрібний набір ліків. Однак при зміні часових поясів дуже важливо нормалізувати режим сну, уникати недосипання і адаптувати приймання антиепілептичних препаратів та інших лікарських засобів за місцевим часом. Препарати, які вживають три рази на день, слід і далі давати через кожні 8 годин.

Для препаратів, які вживають за один або два рази на добу, є такі закономірності. Якщо відбувається переміщення в західному напрямку і якщо день подовжився менш ніж на 3 години, приймання препарату не змінюється, але слід адаптувати його приймання до місцевого часу. Якщо день подовжився на 3—6 годин: вживають чверть добової дози додатково після прильоту, а потім слід і далі давати препарат за місцевим часом. Якщо день подовжився більше ніж на 6 годин, то вживають половину добової дози додатково при прильоті, а потім далі дають препарат за місцевим часом.

У разі переміщення в східному напрямку, якщо день вкорочується менш, ніж на 3 години, дозу препарату не змінюють, а слід адаптувати приймання препарату до місцевого часу. Якщо після перетинання часових поясів день скорочується на 3—6 годин, під час прийняття наступної дози за новим місцевим часом зменшити її вдвічі. Далі вживати препарат повною дозою, за місцевим часом. Якщо день вкорочується більш, ніж на 6 годин після перетинання часових поясів, під час прийняття наступної дози за новим місцевим часом слід зменшити її учетверо, і далі приймати препарати за місцевим часом повною дозою.

Хворі на симптоматичну епілепсію можуть обрати професію, яка відповідає їх інтересам і здібностям. Однак деякі професії таким хворим протипоказані: робота, пов'язана з керуванням транспортом, робота з рухомими незахищеними механізмами, робота на висоті, робота у відкритій воді, служба в збройних силах, в поліції, пожежних частинах, в тюрмі, на станції швидкої медичної допомоги. Так само протипоказана робота з цінними крихкими об'єктами і з хімікатами, шкідлива позмінна робота, робота цілодобово, що не може забезпечити повноцінний нічний сон. Загалом, на можливість провадити будь-яку діяльність впливають тип нападів, форма епілепсії, тяжкість захворювання, супутні фізичні та інтелектуальні порушення, ступінь контролю над нападами.

Отже, залежно від тяжкості психічних розладів органічного походження із зворотним або незворотним варіантом розвитку, залежно від типу перебігу психопатологічних станів, стійкості або схильності їх до редукції, належності цих станів до непсихотичних або до психозів, проявів станів з продуктивною або дефектно-органічною

симптоматикою, профілактичні та психосоціальні реабілітаційні заходи побудовані таким закономірним способом.

У разі виникнення органічної патології мозку без психопатологічної симптоматики проводять профілактику розвитку цих первинних психічних розладів із застосуванням медикаментозних засобів, спрямовану на корекцію органічної патології мозку, а також немедикаментозних засобів (психокорекція та психотерапія для попередження стресу у хворого, у якого можуть виникнути психічні розлади, або корекція перших проявів стресу у разі появи психічних порушень, які чітко відзначає у себе хворий).

При появі непсихотичних станів або транзиторних психозів із тенденцією до редукції симптоматики проводять активну психофармакотерапію, патогенетичну терапію, спрямовану на гальмування органічного процесу в головному мозку, а також немедикаментозні заходи у вигляді психокорекції та психотерапії, фізіотерапії та інших додаткових методів допомоги. Якщо є епілептичні напади або симптоматична органічна епілепсія, підбирають лікування антиепілептичними препаратами, з огляду на хронофармакологічні закономірності їх призначення.

У разі розвитку стійкої психопатології із виразним збільшенням когнітивного дефіциту (дефектно-органічних станів), залежно від ступеня їх вираженості, при помірній вираженості проводять психофармакотерапію помірної активності, з урахуванням також особливостей хронофармакології (наприклад, нейролептики більш ефективні ввечері). Підвищується роль медикаментозних методів, спрямованих на корекцію когнітивної дисфункції (антихолінестеразні препарати, мемантини, ноотропні засоби, нейропептиди, судинотропні препарати, вітамінотерапія тощо), проводиться індивідуальна психотерапія з хворим, сімейна психотерапія, та психокорекція у вигляді когнітивного тренінгу.

У разі формування тяжких органічних психічних розладів психотерапія із хворим стає неможливою у зв'язку з вираженими когнітивними порушеннями та вираженим зниженням інтелекту. Проводять психотерапевтичну допомогу родичам такого хворого, психологічне консультування їх. Хворим з тяжкими психічними розладами далі проводять медикаментозне психотропне лікування для корекції емоцій, поведінки та когнітивної недостатності. Психічно хворому також залишається доступною психокорекція поведінки. Хворим з органічною деменцією проводять паліативну хоспісну допомогу в тому місці, яке вибирає або хворий, або родичі хворого, або особа, що на підставі закону опікує хворого (вдома, в стаціонарі, в домі-інтернаті для психічно хворих з тяжкими хронічними розладами).

Запитання для контролю знань

1. Перелічіть причини та фактори, які приводять до розвитку вродженого та придбаного органічного ураження головного мозку.
2. Наведіть характеристику психічним розладам при органічному ураженні головного мозку.
3. Характеризуйте заходи реабілітації при розвитку когнітивних розладів, помірно виражених та тяжких дефектно-органічних порушень.
4. Охарактеризуйте поведінкові та психоемоційні чинники, що потенціюють стрес, у хворих з цереброваскулярною патологією.
5. Який підхід психотерапевтичного супроводу використовують у хворих з цереброваскулярною патологією.

Список використаної літератури

1. Паліативна та хоспісна допомога : підручник / Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Князевич В. М. [та ін.] ; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. Вінниця : Нова Книга, 2017. 386 с. URL: <https://nk.in.ua/pdf/1526.pdf>.
2. Стрес і хвороби системи кровообігу : посібник / за ред.: В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. Київ, 2015. 352 с.
3. Маркова М. В., Мухаровська І. Р., Яворська Т. П. Роль стресового ризику у розвитку та перебігу цереброваскулярної патології // *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2018. Vol. 3, No. 3, e0303146. DOI: 10.26766/pmpg.v3i3.146.
4. Яворська Т. П., Маркова М. В. Клініко-психологічний спектр та структура факторів стресового ризику у пацієнтів з цереброваскулярною патологією // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 62—68.
5. Маркова М. В., Яворська Т. П., Марков А. Р., Гапонов П. К. Структурно-динамічна модель впливу стрес-потенціюючих чинників на розвиток і прогресування цереброваскулярної патології як підґрунтя для реалізації здоров'яцентрованого підходу у лікувальному процесі // *Інформаційний лист МОЗ України № 252-2018*; Харків. мед. акад. післядип. освіти МОЗ України, Укрмедпатентінформ МОЗ України. Київ : Б. в., 2018. 6 с.
6. Яворська Т. П. Особливості впливу поведінкових та психоемоційних стрес-потенціюючих чинників на розвиток цереброваскулярної патології // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 108—111.
7. Яворська Т. П. Формування психосоціального стресового профілю залежно від рівня стресового ризику у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями // *Медицина сьогодні і завтра*. 2018. № 4. С. 74—77.
8. Яворська Т. П. Рівень психосоціального стресу у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями // *Медична психологія*. 2019. Т. 14, № 1 (54). С. 16—18.
9. Яворська Т. П. Особливості психоемоційного стану у пацієнтів на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології // *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2019. Vol. 31. P. 46—49.
10. Яворська Т. П. Система заходів медико-психологічної допомоги, орієнтована на формування здоров'яцентрованої поведінки у пацієнтів з цереброваскулярною патологією // *Медицина сьогодні і завтра*. 2019. № 2. С. 71—80.

Розділ 6.

Охорона психічного здоров'я при розладах харчової поведінки

6.1. Актуальність проблеми та епідеміологія розладів харчової поведінки

Відповідно до сучасних спостережень, в світі постійно зростають кількість випадків та поширеність розладів харчової поведінки (РХП). Основною проблемою є виникнення РХП у дітей та підлітків та несвоєчасна діагностика, найчастіше — на віддалених етапах захворювання, коли виникають ускладнення. Зазвичай на момент діагностики РХП пацієнти мають проблеми з фізичним здоров'ям, супутні психічні та поведінкові розлади і, як наслідок, — низький рівень психосоціального функціонування.

Серйозне занепокоєння становить рівень смертності серед пацієнтів з такою патологією, — один із найбільших порівняно з рештою психічних розладів. Цей феномен зумовлений як тяжкими соматичними ускладненнями, так і психічним станом хворих, що підтверджує значний рівень самогубств — кожний п'ятий померлий з нервовою анорексією (НА) позбавив себе життя через самогубство. Кожні 62 хвилини одна особа вмирає від наслідків, що спричинені РХП. Стандартизований коефіцієнт смертності досягає 5,86 для НА; 1,93 — для нервової булімії (НБ) та 1,92 — для решти РХП. Спостерігається схильність до тривалого, затяжного, а іноді і хронічного перебігу, що нерідко призводить до соціально-трудова дезадаптації та інвалідазації пацієнтів.

Сума потенційних років життя, втрачених через передчасну смерть і непрацездатність, виражена в одиницях DALY (показник, який оцінює сумарний «тягар хвороби»), неухильно збільшується. Динаміку підвищення «тягаря хвороби» при РХП у світі за 20 років XXI сторіччя наведено на рис. 6.1.

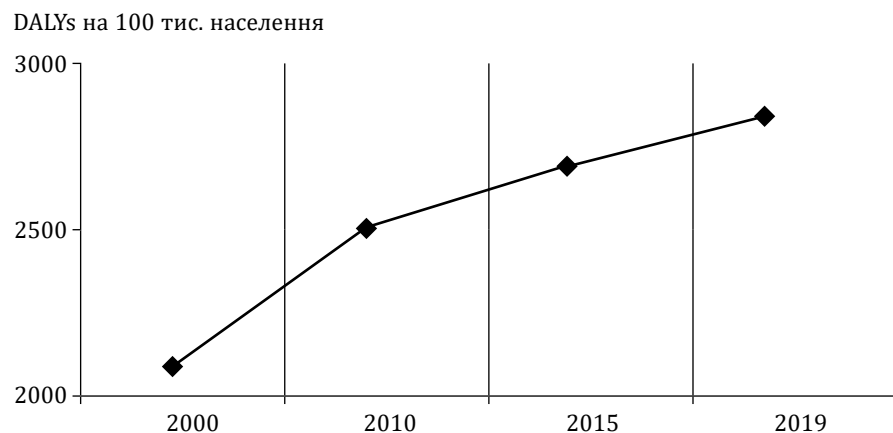


Рис. 6.1. Динаміка збільшення «тягаря хвороби» при розладах харчової поведінки у світі, 2000—2019 рр. (WHO, 2020)

В останні десятиріччя спостерігається поява нових РХП та розширення вікових і гендерних меж цієї патології. Гендерну та вікову динаміку «тягаря хвороби» при РХП у світі за 20-річний період наведено на рис. 6.2.

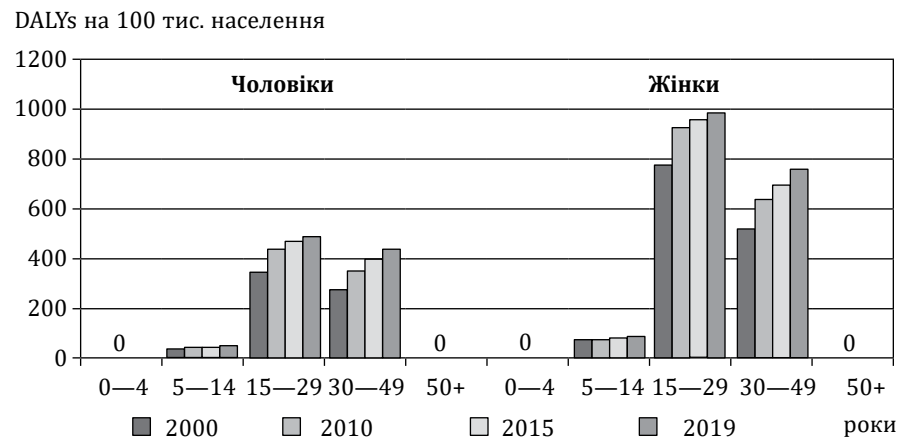


Рис. 6.2. Гендерна та вікова динаміка «тягаря хвороби» при розладах харчової поведінки у світі, 2000—2019 рр. (Global Health Estimates 2020: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000—2019. Geneva, WHO, 2020)

Поширеність РХП становить в Північній і Південній Америці — 3,2 %, в Азії — 3 %, в Австралії — 2 %, в Південній Африці — 2 %, в Європі — 4 %.

Факторами, що впливають на поширеність НА в світі, є культурні та економічні трансформації. НА діагностують серед пацієнтів обох статей і різного віку. Співвідношення між чоловіками та жінками становить 1 : 5.

Показники смертності при НА належать до найбільш високих. Ризик летального результату пов'язаний з голодуванням (аж до повної відмови як від їжі, так і від пиття), блювотою і ускладненнями, пов'язаними з суїцидами і зі зловживанням психоактивними речовинами та медикаментами. Летальні випадки відбуваються зазвичай внаслідок вторинної аритмії, яка розвивається через гіпокаліємію і низьку масу тіла. Нижча маса тіла пацієнтів корелює з вищим рівнем смертності. Смертність, за даними Американської психіатричної асоціації, варіює залежно від віку маніфестації: 3,6 % у віці до 20 років; 9,9 % — у віці 20—29 років; 5,7 % — у віці 30 років і старше.

Серед хворих жіночої статі ризик смерті становить 0,59 % щороку. Дослідження віддалених результатів показали, що цілком одужують від тільки 25—33 % пацієнтів з НА.

РХП серед чоловіків є менш поширеними, так в Нідерландах та Великій Британії налічується менше ніж один випадок на 100 тис. населення. Однак, ризик — вищий серед чоловіків-спортсменів та чоловіків з гомосексуальністю. Частота цього розладу в країнах Європи залишається відносно стабільною і серед жінок віком від 15 до 40 років становить приблизно 0,5 %. Найбільш вразливою групою є жінки віком від 15 до 20 років, на частку яких припадає близько 40 % усіх хворих на РХП.

На жінок припадають 90 % випадків НА. Вік початку захворювання — бімодальний, тобто воно починається або в препубертатному періоді, або в молодому віці (найчастіше — в віці 12—30 років). При 5—10-річному спостереженні частота ремісії становить 40 %. Ще 35 % пацієнтів можуть досягти 85 % від їх ідеальної маси тіла, але у них зберігається аномальне ставлення до їжі, а у 25 % спостерігається хронічний перебіг НА.

Порівняно не часто нервову анорексію діагностують у дітей. За даними досліджень у Великій Британії, захворюваність на нервову анорексію дітей до 13 років становить 1,1 випадок на 100 тис. чоловік. В Канаді цей показник становить 2,6 на 100 тис. дітей віком від 5 до 13 років.

Поширеність НА становить приблизно 0,6—0,8 % у жінок; ймовірність розвитку НА протягом життя становить 8 %. Як і нервова

анорексія, нервова булімія є переважно «жіночим» розладом (співвідношення жінок і чоловіків — 9 : 1). Початок захворювання — зазвичай у віці 12—40 років, але найчастіше — наприкінці пубертатного періоду. Маса тіла часто виявляється нормальною, але пацієнти можуть виконувати фізичні вправи ритуального характеру, дотримуватися дієти або робити очисні дії, а саме блювання, зловживати проносними засобами або приймати діуретики. Подібно до НА, суїцидальні спроби, а також зловживання психоактивними речовинами, особливо психостимуляторами (наприклад, амфетаміни), при НБ спостерігаються відносно часто. НБ має тенденцію до хронічного перебігу з безліччю рецидивів; при 10-річному спостереженні частота ремісії становить 50 %.

Захворюваність на булімію в Фінляндії серед жіночого населення віком від 16 до 20 років становить 300 випадків на 100 тис. осіб/рік. У Великій Британії рівень захворюваності на булімію дорівнював 6,6 на 100 тис. населення 2000 року. Однак серед жіночого населення віком від 10 до 19 років цей показник дорівнював 40 випадків на 100 тис. населення.

Частота поширеності компульсивного переїдання (КП) в загальній популяції становить близько 2—2,4 %, що майже вдвічі перевищує поширеність НБ. КП частіше реєструють серед людей, які страждають надмірною масою тіла або ожирінням, індекс маси тіла (ІМТ) яких більше ніж 27,5 кг/м². Питання щодо гендерного аспекту поширеності КП до кінця не вирішено: є дослідження, які вказують на майже однакову поширеність, як серед чоловіків, так і серед жінок, в інших оглядах встановлено, що КП в середньому в 1,5 раза частіше спостерігається серед жінок, ніж серед чоловіків. Цілком можливо, що це означається меншою схильністю чоловіків висловлювати стурбованість з приводу переїдання — симптому, потрібного, щоб поставити діагноз компульсивне переїдання. Наведені дані свідчать, що для нападів КП гендерний дисбаланс менш характерний, ніж для інших РХП.

У більшості розвинених країн Європи від 15 до 25 % дорослого населення страждає на ожиріння. Всесвітня організація охорони здоров'я вважає ожиріння глобальною епідемією, що охоплює мільйони людей. Надмірна маса тіла й ожиріння за значущістю є п'ятим в світі фактором ризику смерті. Ожиріння скорочує тривалість життя при невеликому надлишку маси тіла в середньому на 3—5 років, при вираженому ожирінні — до 15 років.

Кількість людей, що мають надмірну масу тіла, постійно збільшується. Приріст становить 10 % від попередньої кількості за кожні

10 років. Збереження цієї тенденції може призвести до того, що до середини XXI століття більшість населення економічно розвинених країн буде мати надмірну масу тіла.

Дитяче та підліткове ожиріння, пролонговане в дорослий період, має важчий перебіг і супроводжується вираженішим збільшенням маси тіла і більшою частотою супутніх захворювань, ніж ожиріння, що дебютувало в зрілому віці.

Пацієнти з первинним ожирінням (унаслідок неправильного харчування та дефіциту фізичної активності) становлять 95 % хворих на ожиріння та 5 % — з вторинним (генетична схильність, гормональні порушення тощо).

До найбільш значущих причин розвитку ожиріння належить переїдання, яке зазвичай є відображенням порушень харчової поведінки (ХП).

Крім проблем із фізичним здоров'ям, ожиріння призводить до психологічних порушень, а саме зниження самооцінки, невпевненість у собі, неконструктивні копінг-стратегії, залежності, переважання негативних емоцій, зниження якості життя.

Часто пацієнти з ожирінням хворіють на тривожно-депресивні розлади та мають знижений рівень якості життя.

Досліджуючи хворого на ожиріння, особливу увагу треба надавати РХП. Без урахування цієї специфіки неможливо побудувати адекватну схему терапії і досягнути довгострокового клінічного ефекту.

Описано три основних клінічних типи порушення ХП: екстернальний, емоціогенний й обмежувальний.

Екстернальний тип ХП провокують не внутрішні, гомеостатичні фактори (рівень глюкози і вільних жирних кислот в крові, наповненість шлунку тощо), а зовнішні подразники (вид, запах їжі, реклама продуктів, накритий стіл тощо). Незалежно від відчуття голоду людина вживає їжу.

Емоціогенне порушення ХП (гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання) характеризується прийманням їжі на тлі емоційного дискомфорту. Стимулом до прийняття їжі стає не голод, а емоційний стрес, тривога, страх, роздратування, самотність і туга. Серед пацієнтів з емоціогенною ХП частіше спостерігається підвищений рівень депресії, тривоги і низький рівень якості життя.

Обмежувальна ХП проявляється хаотичними та непослідовними епізодами обмеження прийняття їжі, які пацієнт постійно порушує, що призводить до декомпенсації в психічній і вегетативній сферах.

Суворі дієти, до яких час від часу вдаються всі хворі на ожиріння, змінюються періодами переїдання з новим інтенсивним збільшенням маси тіла.

6.2. Сучасна класифікація розладів харчової поведінки

В МКХ-11¹ і DSM-5 розлади харчової поведінки у дітей та дорослих об'єднані в єдину діагностичну рубрику, в якій компульсивне переїдання виокремлено в окремий діагностичний таксон. В таблиці 6.1 наведено рубрифікацію РХП в сучасних класифікаціях.

Таблиця 6.1. Класифікація розладів харчової поведінки

Розлади	Вплив на масу тіла	МКХ-10	DSM-5	МКХ-11
Нервова анорексія (типова)	Сприяють зниженню маси тіла, чи не впливають на неї	F50.0	307.1 обмежувальний підтип	6B80.00
Атипова нервова анорексія		F50.1	307.1 підтип з переїданням/очищенням	6B80.01
Нервова булімія (типова)		F50.2	307.51 Bulimia Nervosa	6B81
Атипова нервова булімія	Рідкісні випадки збільшення маси тіла	F50.3	307.50 неуточнені розлади приймання їжі	—
Компульсивне переїдання	Призводять до збільшення маси тіла та ожиріння	F50.8 Інші розлади споживання їжі	307.51 Binge-Eating Disorder	6B82
Психогенне переїдання		F50.4 Переїдання, що поєднується з іншими психологічними порушеннями (включає психогенне переїдання)	—	6B8Y

Діагностичні критерії анорексії та булімії відповідно до МКХ-10 наведені у таблиці 6.2.

¹ МКХ-11 набере чинності після погодження з усіма країнами ВООЗ.

Таблиця 6.2. Діагностичні критерії для анорексії та булімії відповідно до МКХ-10 (перекладено з The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993. P. 135—136)

F50.0 Нервова анорексія		F50.2 Нервова булімія	
A	Зменшення маси тіла, або у дітей недостатнє збільшення маси тіла, що призводить до втрати щонайменше 15 % від нормальної або очікуваної маси тіла відповідно до віку та зросту	A	Рекурентні епізоди переїдання (щонайменше двічі на тиждень за період три місяці), при яких велика кількість їжі спожита за короткі проміжки часу
B	Зменшення маси тіла є самоіндукованим через обмеження приймання їжі	B	Постійна занепокоєність стосовно їжі та сильне бажання або нестримний потяг до їжі
C	Самосприйняття себе як занадто повної людини, нав'язливі думки щодо власної повноти, що призводить для встановлення для себе наднизького порогу маси тіла	C	Пацієнт намагається протидіяти збільшенню маси тіла (через їжу) через (1) індукування блювання, (2) індукування випорожнення, (3) періодичним голодуванням або (4) вживанням супресантів апетиту, препаратів щитовидної залози або діуретиків. Коли булімія виникає у пацієнтів з діабетом, вони можуть відмовитися від лікування інсуліном.
D	Різноманітні ендокринні порушення із залученням гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі, що в жінок зазвичай проявляються у вигляді аменореї, а у чоловіків — втрати сексуального інтересу та потенції	D	Самосприйняття себе як надмірно повної людини з нав'язливим страхом повноти (що часто призводить до занадто низької маси тіла)
E	Не відповідає критеріям A і B нервової булімії (F50.2).	—	—

Коментар: Для F50.0 не є обов'язковими елементами: індуковане блювання, індуковане випорожнення, надмірні фізичні навантаження; вживання супресантів апетиту та/або діуретиків.

При РХП, які супроводжуються переїданням, можуть виникати деякі труднощі під час диференціальної діагностики та визначення типу або нозології РХП. Диференціальну діагностику РХП, що супроводжуються переїданням, наведено в таблиці 6.3.

Таблиця 6.3. Диференціальна діагностика розладів харчової поведінки, що супроводжуються переїданням

Ознака	Нервова булімія	Компульсивне переїдання	Психогенне переїдання	Синдром нічної їжі
Характер	Нападоподібний	Нападоподібний	Реактивний. Прийняття їжі на тлі стресу	Неуточнений
Почуття голоду	Обов'язково	Може не бути	Може не бути	Обов'язково, особливо ввечері
Швидкість приймання їжі	Збільшується	Збільшується	Не змінюється	Не змінюється
Добові коливання	—	—	—	Вранці — немає апетиту, ввечері — гіперфагія
Невідповідна компенсаторна поведінка	—	—	—	—
Стурбованість масою тіла	—	—	—	—
Надлишкова маса тіла / ожиріння	Найменш ймовірно	Часто є супутнім розладу	Обов'язковий критерій	Не уточнено

Розлади харчової поведінки часто коморбідні з іншими психічними розладами: у 56,2 % пацієнтів з РХП виявляють афективні та тривожні симптоми, а також розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Найчастіше порушення харчової поведінки коморбідні з розладами афективного (22 %) і тривожного (13 %) спектрів. Також РХП часто поєднуються з розладами особистості, нерідко асоційовані з сексуальною психологічною травмою, недоїданням, жорстоким поводженням в анамнезі.

Наявна клінічно і субклінічно виражена тривога та/або депресія не тільки свідчить про ступінь вираженості психічних розладів при порушеннях харчової поведінки, але і частково зумовлює подальший перебіг розладу.

6.3. Принципи профілактики та терапії розладів харчової поведінки

Суттєвими проблемами, які потребують розв'язання, є профілактика РХП, їх своєчасне виявлення та діагностика, призначення адекватної терапії. Ці проблеми зумовлені різноманіттям симптоматики, частотою коморбідності патології з іншими розладами, труднощами кваліфікації виявлених симптомів і синдромів.

Сучасні мультидисциплінарні командні підходи до лікування та реабілітації хворих на РХП потребують взаєморозуміння різних фахівців при інтерпретації симптоматики, визначенні лікувальної та реабілітаційної тактики, вирішенні терапевтичних і соціальних питань під час надання допомоги хворим.

6.4. Психологічна діагностика розладів харчової поведінки

Для первинної діагностики та виявлення ранніх симптомів розладів харчової поведінки найчастіше використовують скринінгову методику Eating Attitudes Test — 26 D. M. Garner (EAT-26) в адаптації О. А. Скугаревського і С. В. Сивухи («Опитувальник харчових переваг — 26»). Вона дає змогу діагностувати доклінічні порушення і визначити ймовірність відхилень в ХП.

Ця методика дає змогу охарактеризувати особливості ХП на підставі чотирьох виокремлених факторів: «порушення харчової поведінки», «самоконтроль харчової поведінки», «стурбованість образом тіла» і «соціальний тиск щодо харчової поведінки». Опитувальник можна використовувати з метою виявлення «групи ризику» серед різних груп населення, зокрема і дітей та підлітків. Раннє виявлення та лікування є ключовими факторами щодо прогнозу порушень ХП.

Найпоширенішою психодіагностичною методикою в загальносвітовій практиці є Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ). Методика дає змогу виявляти й оцінювати клінічні прояви порушень харчової поведінки за трьома типами: емоціогенне, екстернальне і обмежувальне.

Незадоволеність власним тілом, його спотворене сприйняття, страх повноти, занадто вимогливий характер переживань про те, як виглядає тіло, соціофобія, пов'язана зі своїм тілесним образом, є показаннями до використання психодіагностичних методик, спрямованих на досліджування образу тіла. Для виявлення клінічних ознак порушення сприйняття образу власного тіла використовують опитувальник образу тіла О. А. Скугаревського і С. В. Сивухи.

Психологічна діагностика доповнює клінічні психопатологічні дослідження і потрібна для виявлення й об'єктивізації патопсихологічних феноменів в структурі РХП.

6.5. Менеджмент пацієнтів з розладами харчової поведінки

Під час лікування РХП у пацієнтів треба брати до уваги складність і багатовимірність невротичних механізмів, що лежать в їх основі. Глибину невротичного конфлікту може не усвідомлювати не тільки пацієнт, а й оточення. Комплексна терапія має містити дієтотерапію і психологічну та психотерапевтичну корекція РХП. Використанням тільки немедикаментозних методів лікування нерідко не вдається досягти бажаних результатів.

Часті невдачі в лікуванні РХП суттєвою мірою пов'язані з неналежною психотерапевтичною корекцією чи її браком. Під час створення терапевтичних програм треба зважати на клінічну типологію РХП та особливості психологічного і психопатологічного стану таких пацієнтів.

Відповідно до рекомендацій Eating disorders: recognition and treatment, розроблених Національним інститутом здоров'я та клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE guideline; no. 69), особи з РХП мають бути продіагностовані та проліковані за найближчої нагоди, оскільки ці порушення є потенційно небезпечними для життя. Лікування можна проводити як амбулаторно, так і стаціонарно, залежно від стану пацієнта. У тяжких випадках пацієнти з РХП можуть потребувати госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Ведення осіб з нервовою анорексією має включати психоосвітні програми, моніторинг маси тіла та психологічних і фізичних ризиків прогресування НА. Основною метою у лікуванні НА є досягнення нормальної маси тіла. Збільшення маси тіла відіграє ключову роль у нормалізації психологічного та фізичного стану пацієнта.

Лікуванням першої лінії при анорексії є психотерапевтичні інтервенції. Для дорослих рекомендовано один із трьох нижче вказаних видів психотерапевтичного лікування:

1. індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, сфокусована на лікуванні РХП;
2. психотерапія Маудслі для лікування нервової анорексії;
3. підтримувальний клінічний менеджмент анорексії.

Для дітей і молодих людей додатково рекомендована сімейна психотерапія, сфокусована на лікуванні анорексії, зазвичай з 20 сесій,

що проводять протягом року. Цей метод дає змогу використовувати ресурси сім'ї у допомозі пацієнту одужати.

Ведення пацієнтів з нервовою булімією також має містити психоосвітні програми. Відповідно до протоколу NICE guideline NG69, терапією першої лінії НБ є психотерапевтичне лікування. Спочатку рекомендовано використовувати керовану терапевтом самопомогу, сфокусовану на булімію, яка включає: 1) матеріали для самопомоги на основі когнітивно-поведінкового підходу; 2) короткі підтримувальні сесії з терапевтом (4—9 сесій тривалістю 20 хв).

У разі, якщо самопомога якось не підходить чи не задовольняє пацієнта, або протягом 4 тижнів виявилася недостатньо ефективною, NG69 рекомендує курс повноцінної когнітивно-поведінкової терапії. Для дітей і молодих людей також рекомендовано використовувати сімейну психотерапію, сфокусовану на лікування булімії.

Окрім переліченого вище програма ведення пацієнтів з РХП має охоплювати:

- збалансоване харчування з індивідуально підібраним раціоном та калорійністю;
- психоосвітні програми;
- групову психотерапевтичну роботу;
- методи трансперсональної психотерапії в комплексі з тілесно орієнтованою психотерапією (в разі потреби).

Як при лікуванні НА, так і при лікуванні НБ NG69 не рекомендує використовувати медикаментозні препарати, якщо пацієнт не має клінічних ознак коморбідних станів (тривожно-депресивні розлади тощо) і не потребує госпіталізації до реанімаційного відділення.

Однак, велика частка пацієнтів з РХП страждають на депресивні і тривожні психічні розлади, що визначає тактику їх медикаментозної терапії, важливе місце в якій займає корекція психопатологічних синдромів за допомогою антидепресантів.

Важливе значення в профілактиці рецидивів має корекція соціально-психологічних факторів ризику.

Серед соціально-психологічних чинників, що провокують рецидив, найбільш значущі такі:

- соціальна ізоляція й уникнення;
- емоційні реакції (особливо тривога і депресія);
- когнітивні труднощі (з концентрацією уваги, негнучке мислення, проблеми з пам'яттю);
- порушення сприйняття образу тіла і його негативна самооцінка;

— поведінка, що підтримує проблему.

Отже, під час лікування треба зважати і на ці фактори ризику рецидиву.

Урахування розладів ХП при ожирінні може істотно підвищити ефективність профілактики і терапії самого захворювання і супутніх психопатологічних симптомів.

6.6. Концепції превенції ожиріння і реабілітації пацієнтів з екзогенно-конституціональним ожирінням

Програми відрізняються між собою обсягом психотерапевтичних і психофармакологічних заходів, які спрямовані на особистісне зростання, підвищення самооцінки, зміцнення мотивації до лікування, нормалізації і підтримки раціональної харчової поведінки.

Програма лікування розладів харчової поведінки при надмірній масі тіла. У комплексному лікуванні пацієнтів з надлишковою масою тіла при РХП застосовують:

- раціональну психотерапію;
- сугестивну психотерапію;
- холоколорну (вплив кольором) терапію;
- поведінкову психотерапію з формуванням аверсії на продукт, що спричиняє надмірний апетит;
- тренінг психологічної стійкості спільно з людьми, що оточують пацієнта в сім'ї (приводить до зміни харчових звичок всіх членів сім'ї на раціональну харчову поведінку);
- індивідуальну програму дієтичного харчування.

Програма комплексного лікування пацієнтів з ожирінням при емоціогенному типі харчової поведінки. У комплексному лікуванні пацієнтів з емоціогенним типом харчової поведінки використовують:

- раціональну психотерапію (з укладанням психотерапевтичного контракту);
- нейролінгвістичне програмування для формування мотивації лікування;
- програму дієтичного харчування;
- навчання веденню харчового щоденника;
- призначення флуоксетину в дозі 20—40 мг, протягом 3 місяців (полегшує набуття ними правильних харчових навичок, сприяє редукції психопатологічної симптоматики, зниженню маси тіла тощо).

Диференційована програма лікування пацієнтів з ожирінням при екстернальному типі харчової поведінки. У комплексному лікуванні пацієнтів з екстернальним типом ХП передбачені:

- раціональна психотерапія (з укладанням психотерапевтичного контракту);
- формування позитивної мотивації на досягнення кінцевої мети при лікуванні;
- непрямі навіювання;
- сугестивна психотерапія;
- індивідуальна програма дієтичного харчування;
- призначення флуоксетину в дозі 20—40 мг протягом 3 місяців;
- залучення сім'ї пацієнта (дає змогу коригувати екстернальну харчову поведінку, уникати непотрібної напруженості в родині, робить близьких одностайними й активними учасниками процесу зниження маси тіла пацієнта).

6.7. Вплив пандемії COVID-19 на харчову поведінку при ожирінні

Пандемія коронавірусу та впровадження карантинних заходів призвели до порушення звичного способу життя населення та ізоляції, що за даними досліджень стало тригером загострення симптомів серед людей, які страждають на РХП: 87 % респондентів повідомили, що симптоми РХП погіршилися, понад 30 % опитаних скаржилися, що ці симптоми стали «набагато гіршими».

Результати досліджень показують, що вплив карантину з приводу COVID-19 виражено корелював із симптомами РХП, тривожно-депресивних розладів та інших психічних захворювань.

Люди, у яких раніше не діагностували харчові розлади, повідомляли про те, що починали більше їсти через стрес або втрачали апетит через тривожність. За даними головного дієтолога Великої Британії, з березня 2020 року в країні спостерігається різке збільшення продажів шкідливих для здоров'я продуктів харчування і різке зниження фізичної активності. У дослідженні великої вибірки добровольців показано, що у 35 % людей маса тіла за період жорсткого карантину збільшилася саме через зміни в деяких харчових звичках.

За даними метааналізу, в якому вивчали взаємозв'язок ожиріння і коронавірусної хвороби, ризик госпіталізації у людей з ожирінням, хворих на COVID-19, вище на 113 %, ніж у пацієнтів без ожиріння, ризик ускладнень від COVID-19 і госпіталізація в реанімацію — на 74 %, ризик смерті від ускладнень — на 48 % вищий.

У ВООЗ прогнозують, що безпосередньо після пандемії COVID-19 світ зіткнеться з пандемією ожиріння, яке загрожує важкими наслідками при інфекційних захворюваннях. ВООЗ висловила готовність надати платформу, на якій держави-члени зможуть ділитися своїм досвідом і даними, що стосуються ожиріння, неінфекційних захворювань і наслідків COVID-19.

Запитання для контролю знань

1. Охарактеризуйте поширеність розладів харчової поведінки в світі.
2. Назвіть скринінгові методики для ранньої діагностики розладів харчової поведінки.
3. Опишіть лікування першої лінії нервової анорексії.
4. Охарактеризуйте тактику лікування нервової булімії.
5. Назвіть основні напрямки профілактики розладів харчової поведінки.

Список використаної літератури

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research World Health Organization. Geneva: WHO, 1993. URI: <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>.
2. National Guideline Alliance. Eating disorders: recognition and treatment. London (UK) : National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017 May 23. 41 p. (NICE guideline; no. 69).
3. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія: навчальний посібник / О. Є. Абатуров, Л. М. Юр'єва, В. І. Величко [та ін.] ; за ред. О. Є. Абатунова та Л. М. Юр'євої. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021. 268 с.

Розділ 7. Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19

Інфекційні хвороби можуть супроводжуватися психологічними проблемами і розладами психіки у пацієнтів. Але в сучасних умовах, коли поширеність COVID-19 набула характеру пандемії, яка розгортається в умовах наявних потужних соціальних мереж і інформація черпається з джерел кіберпростору, охорона психічного здоров'я населення набуває першочергового значення в подоланні наслідків пандемії.

Вже 2009 року під час пандемії грипу H1N1 була описана емоційна пандемія, і в науковий лексикон було введено поняття «емоційна епідеміологія». 2020 року з'явилося поняття «інфомедія». Вже в березні 2020 року ВООЗ ввела у МКХ-10 додаткові коди. Зокрема, введено поняття «постковідний синдром», який супроводжується не тільки соматоневрологічними розладами, а і психопатологічними симптомами, найпоширенішими серед яких є астенія, тривога та депресія. Вчені прогнозують епідемію тривоги та депресії, збільшення кількості суїцидів і залежності від психоактивних речовин (ПАР).

За даними Американської психіатричної асоціації від 15 березня 2020 року, тільки за місяць виписки рецептів на психотропні препарати збільшилася на 21 %, з них транквілізаторів — на 34 %, антидепресантів — на 18,6 %, снодійних — на 14,8 %.

7.1. Соціально-психологічні ефекти пандемій та їх вплив на психічне здоров'я

1. Засоби масової інформації та соціальні мережі

Китайські вчені провели онлайн-дослідження 4872 осіб з метою оцінки впливу соціальних мереж на психічне здоров'я користувачів в період пандемії COVID-19. Поширеність депресії, тривоги і тривожно-депресивних розладів становила 48,3 %. Понад 80 % учасників дослідження повідомили про те, що вони часто піддавалися впливу

соціальних мереж. Серед предикторів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожно-фобічних, депресивних розладів і інсомнії фактор надмірної фіксації на інформації (більше ніж 3 години на день) та проблеми, пов'язані з пандемією COVID-19, лідували.

2. Карантин, соціальне дистанціювання та соціальна ізоляція

В умовах карантину на перший план виходять такі проблеми:

- виражений стресовий стан, зумовлений соціальними обмеженнями, з якими більшість людей не стикалися ніколи в житті, страхами перед інфекцією, фінансовими втратами і стигматизацією;
- наявний незапланований неорганізований вільний час, що призвів до розчарування, нудьги;
- сенсорна депривація і обмеження простору, зниження рухової активності;
- постійна взаємодія з обмеженим колом людей.

Ці проблеми спричиняють збільшення випадків насильства в сім'ї, кількості розлучень, чисельності людей, залежних від алкоголю та інших психоактивних речовин.

Тривала ізоляція, відокремлення від сімей і соціуму мають негативний вплив на психічне здоров'я і фізичне благополуччя. Наслідками навіть 10-днівного карантину було поширення в популяції психологічних симптомів дистресу та симптомів депресії, які були виявлені у 31 % респондентів під час спалаху атипової пневмонії 2003 року. Учасники цього дослідження, проведеного в Канаді, описували почуття ізоляції і наголошували, що вони особливо постраждали від обмеження соціального та фізичного контакту з членами сім'ї.

Третина італійців, чий психічний стан в період спалаху COVID-19 оцінювали через два тижні після початку карантину, повідомила про виражені та дуже виражені симптоми депресії. Крім того, 19 % учасників опитування повідомили про високий або дуже високий рівень тривоги, а 27 % — про високий або дуже високий рівень стресу.

3. Девіантна поведінка

У період пандемії збільшується кількість правопорушень, агресивних і аутоагресивних форм поведінки, залежності від алкоголю та наркотиків. Відзначено зростання насильства в сім'ї. Відтоді як в березні 2020 року у Франції був оголошений карантин, на 30 % збільшилася кількість зафіксованих актів насильства в сім'ї. У закритих на карантин районах Китаю за цей же час на 30 % збільшилася кількість розлучень. Продаж алкоголю в супермаркетах і торгових точках Великої Британії в березні 2020 року збільшився на 22 %, що випереджає збільшення продажів продуктів харчування, навіть

незважаючи на те, що покупці запасалися продуктами тривалого зберігання, готуючись до самоізоляції. У Канаді 20 % людей віком 15—49 років збільшили споживання алкоголю під час пандемії.

Динаміка вживання ПАР, їх вплив на перебіг коронавірусної хвороби та їх взаємозв'язок з локдауном з приводу COVID-19 наведені в таблиці 7.1.

Таблиця 7.1. Взаємозв'язок між COVID-19 та вживанням психоактивних речовин

Варіанти впливу	Вживання			
	алкоголю	тютюну	каннабісу	опіатів
Вплив на інфікування COVID-19	Збільшує	Збільшує чи зменшує	Збільшує	Збільшує
Вплив на перебіг COVID-19 та прогноз	Імовірно погіршить	Радше погіршить	Радше погіршить	Погіршить
Вплив локдауну на вживання речовин	Радше знизиться	Залежить від доступності речовин		
Вплив локдауну на лікування залежностей	Імовірно зменшення	Імовірно зменшення	Радше зменшення	Вірогідне зменшення, залежно від доступності замісної підтримувальної терапії
Вплив припинення локдауну на проблеми, пов'язані з вживанням речовин	Збільшення	Збільшення	Немає даних	Імовірне збільшення передозування через зменшення толерантності

4. Суїцидальна поведінка

У дослідженні M. Sarchiapone, M. Iosue виокремлені такі фактори ризику суїцидальної поведінки в умовах пандемії COVID-19:

- карантинні заходи, що призводять до негативних психологічних наслідків, зокрема і симптоми посттравматичного стресу;
- соціальна ізоляція і самотність;
- погане самопочуття і депресія;
- загострення міжособистісних сімейних конфліктів зі зростанням побутового насильства;
- соціально-економічні проблеми;
- збільшення вживання психоактивних речовин.

За даними американських досліджень, в яких вивчали фактори ризику суїцидальної поведінки серед населення в період пандемії COVID-19, прогнозується, що із кожним додатковим збільшенням рівня безробіття на 1 % приблизно 775, на 5 % — 100, на 20 % — 250 американців вчинять самогубства. Прогнозується також збільшення кількості смертей через передозування наркотиків, що теж корелює з рівнем безробіття: зі збільшенням рівня безробіття на 1 % — 25, на 5 % — 425, на 20 % — 700 людей загинуть через передозування ПАР.

Зростання суїцидальних форм поведінки зумовлено також і тим, що тривожно-депресивні розлади в поєднанні з важкими інфекційними хворобами є потужним фактором суїцидального ризику. У масштабному дослідженні з вивчення кореляцій між різними захворюваннями і суїцидальною поведінкою, проведеному 2016 року, виявлено, що близько 10 % усіх самогубств зумовлено інфекційними хворобами. Ризик смерті від самогубств збільшується на 42 % у тих, хто в анамнезі мав госпіталізації з приводу тяжких інфекційних захворювань.

Найвищий ризик самогубств на 2016 рік виявлений серед людей з вірусними гепатитами та ВІЛ-інфікованих. Коморбідність з депресією і психологічна травма від госпіталізації були відзначені як фактори ризику самогубства.

5. Стигматизація

В умовах пандемії проблема стигматизації є дуже актуальною. «Навішування ярликів» поширюється на людей з ознаками респіраторної інфекції та їх оточення, на осіб, які прибули з-за кордону і навіть на медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19. Стигматизація є проявом нав'язливих страхів зараження і смерті, типових для пандемій. Про зростання стигматизації, пов'язаної з інфекцією, повідомлялося вже під час багатьох попередніх епідемій і пандемій.

В умовах пандемії проблема стигматизації є не тільки етичною проблемою. Вона породжує додаткові страхи у справжніх носіїв COVID-19, стримує від своєчасного повідомлення про свій стан здоров'я, щоб уникати тестування, та заважає отримувати вчасно медичну допомогу. Такий поведінковий сценарій тільки сприяє поширенню пандемії.

Експерти ВООЗ в рекомендаціях «Психічне здоров'я і психосоціальні міркування під час спалаху COVID-19» надають особливу увагу проблемі дестигматизації, наголошуючи, що навіть правильна поведінка для пацієнтів має значення.

6. Надлишкова перевантаженість медичних закладів та медичних працівників, які не здатні в розпал пандемії надати допомогу всім хворим, ставить під загрозу довіру суспільства до системи охорони здоров'я і її здатності реагувати на спалах захворюваності. Виникає морально-етична дилема, описана англійським філософом Філіппою Фут як проблема «вагонетки». Така ситуація може спричинити не тільки пов'язані зі стресом і тривожні розлади, але й інші реакції психічного здоров'я на потенційну катастрофу і може спровокувати індивідуальну або масову паніку.

7.2. Стратегічні напрямки зміцнення психічного здоров'я під час пандемій

Система охорони здоров'я відіграє ключову роль у профілактиці психологічних криз та психічних і поведінкових розладів. Але в період пандемій розв'язання проблеми психологічного благополуччя та охорони психічного здоров'я потребує міждисциплінарного підходу і залучення до її розв'язання не тільки співробітників медичної системи, але і представників інших відомств, громадськості, пацієнтів та їхніх родичів.

Основні напрямки профілактичної роботи повинні бути зосереджені на заходах освітнього та соціального характеру і ідентифікації груп підвищеного ризику.

Заходи, спрямовані на охорону психічного здоров'я

1. Скринінг психічних розладів
2. Психологічні втручання, які обирають за даними скринінгу
3. Підтримка залучених до спалаху медичних працівників
4. Надання точної та повної інформації населенню з приводу коронавірусної інфекції та профілактичних заходів
5. Інтеграція медичних і громадських ресурсів.

Групи підвищеного ризику

В ситуації пандемії першочергової допомоги потребують такі категорії населення, які належать до груп підвищеного ризику розвитку кризових станів та психічних і поведінкових розладів:

- здорові люди з низькою стресостійкістю, які в ситуації пандемії мають високий ризик розвитку тривожно-фобічних, панічних і депресивних розладів та розладів адаптації і ПТСР;
- хворі на COVID-19 в легкій формі, що перебувають на карантині, або хворі у важкій формі, які госпіталізовані, або ті, хто потребує госпіталізації;

- психічно хворі, які перебувають на амбулаторному спостереженні і потребують регулярного консультування та забезпечення лікарськими засобами;

- психічно хворі, що хворіють на COVID-19 і потребують госпіталізації в спеціалізовані стаціонари або ті, хто перебуває на домашньому карантині;

- люди похилого віку (особливо з супутньою патологією);

- медичний персонал, який безпосередньо надає допомогу хворим на COVID-19.

Яскравим прикладом реагування здорових людей в стресовій ситуації пандемії є **студенти**, які переживають додаткове стресове навантаження під час дистанційного навчання, спричиненого карантинними заходами з приводу пандемії COVID-19. Окрім страху зараження, найбільш стресогенними факторами в цій ситуації є соціальна депривація, обмеження, зміна соціальних ролей і життєвих сценаріїв. Дослідження під час локдауну в США показали, що студенти-медики демонструють вищі показники депресії, суїцидальних намірів та рідше звертаються по медичну допомогу. Психологічна підтримка майбутніх лікарів є критично важливою, оскільки суспільство починає стикатися з недостатньою кількістю лікарів під час пандемії COVID-19.

Проведено порівняльне оцінювання показників психічного здоров'я і якості життя у 206 студентів III та IV курсів медичного факультету Дніпровського державного медичного університету, за допомогою опитувальника на базі GoogleForms (який містив запитання про соціально-демографічні характеристики), шкал PHQ-2 та GAD-2, що містили запитання про дистанційне навчання та про якість життя. Ці студенти не хворіли на COVID-19.

Під час дистанційного навчання 37,4 % студентів мали виражені депресивні розлади, водночас 26,2 % опитаних мали також виражену тривогу, 56,3 % — проблем зі сном під час карантину, зокрема 7,8 % мали щоденні проблеми, незважаючи на проживання в домашніх умовах, де простіше регулювати сон порівняно з гуртожитками. Зміни психічного стану негативно вплинули на якість життя, пов'язану зі здоров'ям, набагато більше на психічний компонент, ніж на фізичний. З'ясовано фактори, які спричиняють тривожні побоювання в умовах карантину з приводу COVID-19. Виявлено, що зміна звичайних життєвих сценаріїв поступається можливості зараження вірусом SARS-CoV-2. Під час створення дистанційних курсів та програм психопрофілактики треба враховувати ці дані.

Особливої уваги в період пандемії коронавірусної хвороби потребують **психічно хворі люди**. Відмова від режиму самоізоляції і самообслуговування, страх зараження, порушення сну та зловживання ПАР істотно погіршують їх психічний статус. Дуже часто в цей період у хворих спостерігаються загострення психічного стану, імпульсивна, агресивна та суїцидальна поведінка.

Слід зазначити, що серед психічно хворих діагностика COVID-19 відбувається з суттєвою затримкою, інфекція поширюється швидше, ніж в здоровій популяції, її перебіг — важчий (через високу коморбідність з соматичними захворюваннями), а смертність — удвічі вища (7—8 %).

Психічно хворі, які перебувають на амбулаторному спостереженні, потребують регулярного консультування та забезпечення їх лікарськими засобами, зокрема і виписки рецептів. В ситуації пандемії доцільно перевести хворого на пролонговані форми препаратів. По змозі, організувати «стаціонар на дому» та дистанційний диспансерний нагляд. Дуже актуальні мобільні бригади з надання психіатричної допомоги.

При виявленні або підозрі на COVID-19 в психіатричному закладі треба вживати таких заходів: ізолювати хворого за місцем виявлення; закрити доступ в палату (або інше приміщення), де перебуває хворий; виставити пост з метою запобігання контактам із місцем виявлення хворого з інфекцією; провести екстрену місцеву дезінфекцію; виявити коло осіб, що мали контакти з хворим, і ізолювати їх; терміново довести інформацію про епідеміологічну ситуацію до відома адміністрації установи; організувати карантинні заходи і перевести хворого до спеціалізованого стаціонару.

Співвідношення між психотичними розладами та інфекцією SARS-CoV-2 мають двоспрямований вигляд. З одного боку, в когортному дослідженні мережі медичних записів із використанням даних 69 мільйонів осіб, 62 354 з яких мали діагноз COVID-19, виявлено, що у пацієнтів, у яких раніше не було психіатричного анамнезу, діагноз COVID-19 був пов'язаний із збільшенням частоти виникнення першого психіатричного діагнозу на 18,1 % протягом наступних 14—90 днів. З другого боку, у ретроспективному дослідженні випадок-контроль 219 961 осіб віком старших за 18 років з лабораторно підтвердженим діагнозом COVID-19 показано, що розлади внаслідок вживання психоактивних речовин і шизофренія можуть бути факторами ризику COVID-19. Подібні результати отримано і під час аналізу

даних британського Біобанку, де було виявлено, що психічні розлади, які виникли до пандемії COVID-19, були пов'язані з подальшим підвищеним ризиком COVID-19, особливо госпіталізації і смертності через COVID-19.

7.3. Управління психологічними кризами в період пандемії COVID-19

В деяких країнах вже створено систему психіатричної допомоги при інфекційних захворюваннях для швидкого реагування на психологічні проблеми жителів, що спричинені великомасштабним спалахом інфекційних захворювань. Психологічну і психіатричну допомогу надають особам, поміщеним в карантин, сім'ям померлих, пацієнтам, що видужали, і медичним працівникам. Для більш ефективного розв'язання нагальних психологічних проблем людей, залучених в епідемію COVID-19, китайські дослідники розробили модель психологічного кризового втручання з використанням інтернет-технологій (рис. 7.1). Ця модель об'єднує лікарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників в інтернет-платформи для здійснення психологічного втручання щодо пацієнтів, їхніх сімей та медичного персоналу.

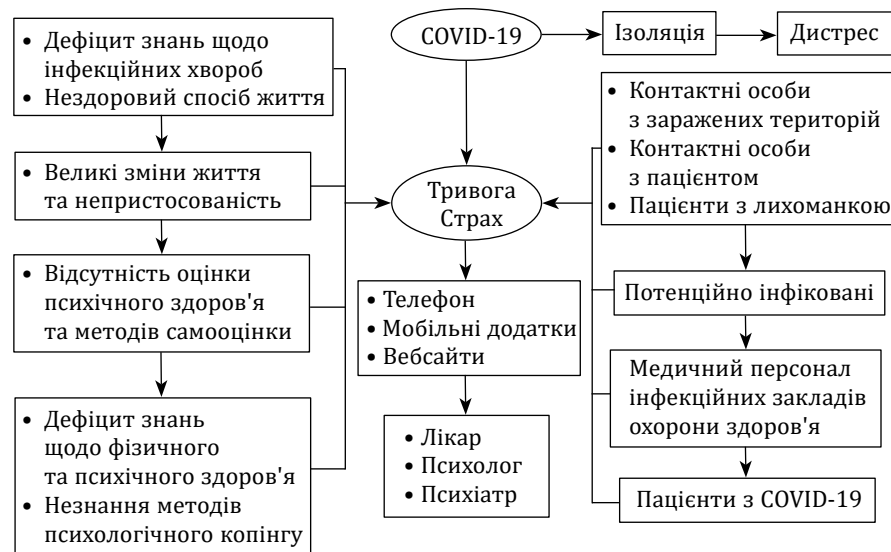


Рис. 7.1. Модель психологічного кризового втручання в епідемію COVID-19 (адаптовано з Zhang, J. та співавт., 2020)

Це — комплексна система реагування на психологічні кризи, яка дає змогу надавати послуги з психічного здоров'я в режимі онлайн. «Меню» цих послуг містить: Інтернет-опитування про стан психічного здоров'я, пов'язаного зі спалахом COVID-19; Інтернет-освіту з питань психічного здоров'я в період пандемій; Інтернет-психологічні послуги консультування та інтервенції для самопомоги, зокрема і когнітивно-поведінкову терапію при депресивних, тривожних, стресових розладах та безсонні.

Уряд Кореї після спалаху середньосхідного респіраторного синдрому MERS-CoV 2015 року, який мав виражені психологічні наслідки майже в усіх корейських громадян, а у 35 % було діагностовано посттравматичний емоційний дистрес, переглянув загальну систему управління інфекційними захворюваннями. Він приділив пріоритетну увагу створенню системи психіатричної допомоги при інфекційних захворюваннях для швидкого реагування на психологічні проблеми жителів, спричинені великомасштабними спалахом інфекційних захворювань. Загальнодоступна система психіатричної допомоги складається з двох частин: психіатричної допомоги особам, поміщеним у карантин, і послуг, що надають сім'ям померлих, пацієнтам, що видужали, і медичним працівникам. Був створений Національний центр управління психічним здоров'ям у кризових ситуаціях.

Психолого-психіатричні наслідки COVID-19 можуть призвести до небезпек, які істотно перевищуватимуть наслідки самої пандемії. Тому питання охорони психічного здоров'я всіх верств населення є питанням національної безпеки країни.

Запитання для контролю знань

1. Основні ознаки стигматизації в умовах пандемії.
2. Причини та форми стигматизації психічно хворих та їхніх сімей. Організація антистигматизаційних заходів.
3. Чинники, які сприяють розвитку коронафобії.
4. Перелічіть соціально-психологічні ефекти пандемій.
5. Специфічні джерела стресу для медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19.

Список використаної літератури

1. Лікування та профілактика COVID-19. Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії : навчальний посібник / [О. Є. Абатуров, О. О. Буйко, Є. О. Гречуха та ін.] ; за ред. проф., д-ра мед. наук О. Є. Абатурова, проф., д-ра мед. наук С. О. Крамарьова, проф., д-ра мед. наук Л. М. Юр'євої. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020.

252 с. URI: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8218/Zmist.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

2. Мосолов С. Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020; 120 (5): 7—15. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20201200517>

3. Юрьева Л. Н., Шустерман Т. И. Пандемия COVID-19: риски для психологического благополучия и психического здоровья // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 2 (103). С. 5—10. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-1>.

4. Юрьева Л. Н., Шорніков А. В. Психологічний стан майбутніх медиків під час дистанційного навчання // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2021. № 1. С. 156—159. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.vi1.12008>.

5. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak: World Health Organization. March 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>.

6. Effects of a COVID-Induced Economic Recession (COVID-19 Impact Series, Vol. 1). Dallas, TX: Meadows Mental Health Policy Institute, 2020. URI: <https://mmhpi.org/topics/policy-research/covid-impact-series-volume1/>.

7. Rubin, G. J., Wessely, S. The psychological effects of quarantining a city // BMJ. 2020. P. m313. DOI: 10.1136/bmj.m313.

8. Sarchiapone M., Iosue M. COVID-19 pandemic: Increased risk for mental health problems and suicidal behaviour. EPA, 2020. URL: <https://suicidologysection.org/covid-19-pandemic-increased-risk-for-mental-health-problems-and-suicidal-behaviours/>.

9. Yuryeva L. N., Shusterman T. I., Shornikov A. V. Study of satisfaction of medical students of III—IV courses with distance learning in conditions of COVID-19 pandemic. Высшее образование в условиях глобализации // Тренды и перспективы развития: материалы XII Междунар. учеб.-метод. онлайн-конф. (г. Чебоксары, 29 октября 2020 г.). Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. С. 192—195.

10. Zarocostas, J. How to fight an infodemic // The Lancet. 2020. Vol. 395, No. 10225. P. 676. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X).

11. Zhang, J., Wu, W., Zhao, Z., Zhang, W. Recommended Psychological Crisis Intervention Response to the 2019 Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak in China: A Model of West China Hospital // Precision Clinical Medicine. 2020. Vol. 3 (1). P. 3—8. DOI: <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.

Розділ 8.

Охорона психічного здоров'я військовослужбовців

8.1. Психосоціальні наслідки бойових стресів та їх вплив на психічне здоров'я комбатантів

Найпотужнішим психосоціальним стресором, що впливає на усі верстви сучасного українського суспільства, є війна. Цей стресор негативно впливає на стан психічного здоров'я всіх громадян нашої країни і насамперед — безпосередніх учасників бойових дій. Травматична криза, яку вони пережили, є підґрунтям для формування різноманітних станів психічної дезадаптації, серед яких: бойова психічна травма, кумулятивний стрес, активізація попереднього травматичного досвіду, гостра реакція на стрес, тривожні розлади, розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), патологічні зміни особистості, загострення соматичної патології і психосоматичні розлади.

Проблеми психічного здоров'я та психосоціальні наслідки кризових психотравматичних подій міцно пов'язані між собою. Тому велике значення має соціальна реінтеграція і психосоціальна реабілітація комбатантів. Невідкладна допомога військовослужбовцям з проявами станів психічної дезадаптації передбачає застосування комплексних психокорекційних методів, тоді як психосоціальна допомога комбатантам з віддаленими, клінічно окресленими наслідками бойової психічної травми є більш складним завданням.

Сучасні уявлення щодо усунення наслідків бойової психічної травми передбачають застосування комплексного підходу з поєднанням фармакотерапії, психотерапії і соціальної підтримки пацієнтів.

На сьогодні в Україні спостерігається зростання психічної патології, зумовленої впливом соціально-стресових чинників. Збільшення кількості цих психічних розладів пов'язано з напруженою і нестабільною соціально-політичною, економічною та психологічною ситуацією, що сприяє формуванню психоемоційного перенапруження і розвитку різних порушень, основу яких становлять розлади адаптації.

Посттравматичний стресовий розлад — це специфічний психіатричний розлад, який розвивається після безпосереднього або непрямого впливу надзвичайно стресової (травматичної) події або серії подій. Симптоми ПТСР охоплюють нав'язливі спогади, пов'язані з травматичною подією, стражданнями у відповідь на пов'язані з травмою сигнали та уникнення цих сигналів, негативні зміни у відчуттях та настрої, які можна згрупувати у чотири кластери симптомів: вторгнення, уникнення, негативні зміни у відчуттях і настрої та зміни в збудженні та реактивності.

Відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, діагноз ПТСР встановлюють:

1. якщо особа пережила дію катастрофічної ситуації, що здатна спричинити дистрес у будь-якої людини;
2. при переживанні людиною стресової ситуації в «ремінісценціях», яскравих спогадах, що повторюються у сновидіннях, або при відчутті ним дистресу в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння;
3. якщо постраждалий виявляє уникнення обставин, що нагадують про пережиту надзвичайну ситуацію;
4. якщо особа нездатна згадати деякі важливі моменти пережитої надзвичайної події і/або якщо у нього є будь-який з двох таких симптомів: труднощі з засинанням або підтриманням сну; дратівливість або спалахи гніву; утруднена концентрація уваги; підвищення рівня неспання; патологічно посилена реакція переляку;
5. при виникненні проявів розладу не пізніше ніж через 6 місяців після стресової події.

Крім ПТСР є ще одна нозологічна одиниця, яка пов'язана суто з екстремальними психотравматичними чинниками — це гостра реакція на стрес. Під час проведення АТО/ООС на Сході України чимала кількість військовослужбовців отримали бойові фізичні і психічні травми. Увесь час перебування на території бойових дій психіка військових є на межі допустимих навантажень, її виснаження призводить до зниження ефективності діяльності в екстремальних умовах збройного протистояння, а обсяги наявних психічних розладів набувають гігантських масштабів.

Профілактика, діагностика, лікування та реабілітація військовослужбовців з ПТСР, безумовно, є однією з важливих медичних та соціальних проблем сучасного суспільства. Ця важливість зумовлена, зокрема, й тим, що ПТСР призводить не тільки до страждань хворого, але й перешкоджає його особистому та соціальному функціонуванню, що згодом може призвести до соціального відторгнення,

антисупільних чи кримінальних подій, пов'язаних з проявами гніву та агресії осіб, які хворіють на ПТСР. Крім того, ПТСР у військовослужбовців чинить великий негативний вплив на боєготовність і досягнення військових цілей під час бойових дій.

Сучасні епідеміологічні дослідження показали, що у військовослужбовців, які беруть участь у збройному конфлікті в Східному регіоні України, відзначаються різні особистісні особливості, а у 30—40 % військовослужбовців патопсихологічні порушення трансформуються в психічну патологію, переважно стресогенного генезу. Найчастіше діагностують гострі реакції на стрес астено-депресивного, астено-іпохондричного і астено-невротичного кола (36,6—59,2 %), ПТСР (13,3—30,6 %), розлади адаптації (25,0—29,7 %), органічні афективні і тривожні розлади (1,6 %), психотичні (1,4 %) і соматоформні (2,5 %) розлади. У цього контингенту військовослужбовців також спостерігаються психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю та інших психоактивних речовин.

З етіологічних чинників розвитку ПТСР у військовослужбовців важливими є фактори бойового стресу (бойової обстановки): мало прогнозована, безпосередня загроза життю й благополуччю; психічні та фізичні навантаження, що набагато перевершують рівень повсякденних; сомато- і психогенні впливи поранень і травм; виражені емоційні переживання загибелі людей.

Розуміння таких факторів ризику, зокрема у військовослужбовців та ветеранів бойових дій, можуть допомогти клініцистам забезпечити потрібне лікування, до того як розлади стануть хронічними, а також розробити специфічні психопрофілактичні заходи.

Протягом кількох останніх десятиліть у низці досліджень увагу зосереджували на індивідуальних та соціальних факторах ризику виникнення ПТСР у військовослужбовців, серед яких розглядали такі чинники: вік пацієнтів на момент травми, гендерна та расова належність, соціально-економічний статус та брак соціальної підтримки.

У сучасній літературі є поодинокі дані про бойові фактори ризику. Встановлено, що одним із важливих факторів ризику розвитку ПТСР у військовослужбовців є інтенсивність бойового стресу. У військовослужбовців, які пережили найбільш інтенсивний бойовий стрес, визначають більш виражені клінічні прояви ПТСР і виражене зниження рівня соціально-психологічної адаптації, як професійної, так і міжособистісної. У цього контингенту хворих тривалий час зберігаються субклінічні прояви хронічного ПТСР, які відбиваються на зниженні їх соціально-професійного статусу через роки

після пережитого «бойового» стресу. Характерно, що важливу соціально-демографічну характеристику — вік військовослужбовців — різні автори оцінюють чи як фактор ризику, чи навпаки, як фактор, що абсолютно не пов'язаний з ПТСР. Взагалі прогнозувати вплив молодого віку в момент отримання травми на ризик розвитку ПТСР дуже важко, особливо з огляду на суперечливі ефекти віку на різні процеси, що лежать в основі травматичних стресових реакцій, що вказує на сумнівність розгляду віку як фактору ризику у військовослужбовців.

8.2. Гендерні особливості посттравматичного стресового розладу

Кількість військовослужбовців, особливо військовослужбовців-жінок в багатьох країнах світу останніми роками істотно збільшується і, відповідно до прогнозів, буде зростати надалі, що може збільшити ризик розвитку постстресових психічних розладів в цій гендерній групі. Взагалі, за даними літератури, як порівняти чоловіків і жінок, які служать у підрозділах, розташованих в зонах бойових дій, симптоми ПТСР більш поширені саме серед представників жіночої статі. Важливо також і те, що жінки взагалі більш чутливі до загроз, менш схильні до використання ефективних стратегій подолання насильства та мають тенденцію трактувати травми більш негативно, ніж чоловіки. Вони частіше за чоловіків готові повідомити про негативні емоції, уникаючи та захисну поведінку, досить часто захоплюються спогадами про психотравму. Жінки також вважаються більш чутливими до гормонів стресу, що, можливо, зменшує їхню здатність керувати стресовими ситуаціями, а також не застосовують певні захисні чинники, якими користуються чоловіки (дружба, товариство, згуртованість тощо).

Слід зазначити, що збройні конфлікти та війни суттєво відрізняються між собою та становлять іноді досить унікальні види небезпеки. Внаслідок цього оцінювання патогенності місцевості бойових дій, їх інтенсивності, тривалості, матеріально-технічного оснащення військовослужбовців можуть суттєво відрізнятися в межах різних досліджуваних груп, хоча зв'язки між тривалістю, інтенсивністю та важкістю боїв і вираженістю ПТСР у ветеранів зазвичай дослідники визнають як універсальні патогенні чинники. Наприклад, американські дослідники вказують на прямий зв'язок між інтенсивністю та тривалістю боїв і вираженістю депресивних розладів, генералізованої тривоги та симптомів ПТСР.

8.3. Фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військових

Є значущий зв'язок між часом, проведеним на передовій, і виникненням ПТСР у військовослужбовців, які перебували в зоні локальних бойових дій. У більшості військовослужбовців, які беруть безпосередню участь у бойових зіткненнях, ПТСР не розвивається. Виникнення та перебіг ПТСР, згідно з сучасними науковими поглядами, сильно залежить від індивідуальних когнітивних оцінок загрози, а ризик його виникнення суттєво знижується завдяки високому моральному стану особистості, залученості в групі підтримки і згуртованості військовослужбовців (дружба, побратимство), а також завдяки належному командуванню в зоні бойових дій.

Одним із предикторів ПТСР є рівень гострої реакції на стрес. Зокрема, використання методу множинної регресії показало, що рівень дистресу (визначають за Impact of Event Scale-Revised, IES-R) через тиждень після травматичної події є предиктором дистресу, який переживатиме людина через чотири місяці. Сталий високий рівень симптомів, що зберігається протягом трьох тижнів після психотравми, є найбільш значущим предиктором. Розвиток ПТСР (через 6 місяців після травми) добре прогнозується за допомогою двох параметрів: наявності гострої реакції на стрес і наявності (в середньому протягом 3 тижнів після травми) трьох або більше симптомів фізіологічного збудження, які, в свою чергу, призводять до виникнення коморбідної патології.

8.4. Коморбідні з посттравматичним стресовим розладом стани у військовослужбовців

Серед коморбідної патології особливе місце займають порушення психіки внаслідок вживання алкоголю (ППВА) — F10 (за МКХ-10), до того ж алкоголь є найбільш аплікатним наркотиком для хворих на ПТСР. На міцний зв'язок між цими станами вказують результати чисельних клінічних та епідеміологічних досліджень. Зокрема, результати ретроспективного аналізу коморбідного розвитку ПТСР та синдрому залежності від алкоголю свідчать про те, що у осіб, які хворіють на ПТСР, ризик розвитку синдрому залежності від алкоголю втричі вищий за середньо-популяційні показники. Крім того, поширеність вживання будь-яких психоактивних речовин (ПАР) у хворих на ПТСР вдвічі вища за тих, хто на цей розлад не хворіє. За даними американських авторів, поширеність коморбідних ППВА у хворих на ПТСР

досягає 42 %. Епідеміологічні дослідження гендерних особливостей коморбідності ПТСР та ППВА вказують на певну дихотомію в діагностиці цих станів: у жінок ПТСР діагностують вдвічі частіше, ніж у чоловіків, а ППВА, навпаки, діагностують у чоловіків майже втричі частіше, ніж у жінок. Недивно, що деякі дослідники вказують на вищу поширеність коморбідних ПТСР та ППВА у чоловіків, тоді як інші, навпаки, говорять про більшу захворюваність на коморбідні ПТСР та ППВА у жінок. Вищевикладене не дає можливості стверджувати про наявні будь-які цілком визначені гендерні особливості коморбідності цих розладів.

Серед психологічних та соціальних факторів ризику виникнення коморбідного ППВА у пацієнтів, які хворіють на ПТСР, останнім часом в науковій літературі найчастіше розглядають факти міжособистісного насильства в минулому, емоційне насильство та нещасні випадки в дитинстві, а також низький соціально-економічний стан та тривалі травматичні події неекстремального характеру протягом життя. Незважаючи на наявну низку поведінкових та фармакологічних методів лікування як ПТСР, так і ППВА, ці втручання досить часто є неефективними для осіб, яким встановлений цей подвійний діагноз. Це вказує на нагальну потребу подальших досліджень, спрямованих на розуміння нейробіологічного та психологічного субстратів, які лежать в основі цієї патології.

Підбиваючи підсумок, можна зазначити, що незважаючи на велику кількість досліджень, які проводять провідні наукові центри світу протягом останніх трьох десятиліть, до тепер немає однозначних даних, які б дали змогу розглядати будь-які ознаки як цілком визначені діагностичні маркери постстресової психічної патології. Усі ці завдання треба вирішувати, використовуючи ті методи, які вже пройшли випробування роками і потребують від сучасних дослідників тільки систематизації та модернізації відповідно до важких викликів сьогодення.

8.5. Сучасні підходи до надання психолого-психіатричної та соціальної допомоги учасникам бойових дій

Вивчення проблеми ПТСР протягом останніх десятиліть привело до певних змін у розумінні специфічних заходів допомоги військовослужбовцям та ветеранам як у напрямках психофармакотерапії та психотерапії, так і у побудові соціально-реабілітаційних підходів. Нині немає усталеної точки зору на результат лікування. Одні дослідники вважають, що ПТСР — виліковний розлад, інші — що його симптоми цілком і повністю не можна усунути.

ПТСР зазвичай спричиняє порушення в соціальній, професійній та інших важливих сферах життєдіяльності. Очевидно єдине: лікування ПТСР — процес тривалий і може тривати кілька років. У цьому процесі можна виокремити психотерапевтичний, психофармакологічний і реабілітаційний аспекти.

8.5.1. Психофармакологічний аспект лікування хворих на посттравматичний стресовий розлад

Психофармакологічну терапію визначають особливості клінічної картини, психопатологічні симптоми, що є провідними на цей час. Усуваючи найбільш гострі з них, психофармакотерапія полегшує проведення психотерапії і реабілітаційних заходів. Останні припускають наявність соціальної підтримки з боку суспільства, насамперед найбільш близьких людей, відновлення колишнього соціального статусу, можливість забезпечення собі стабільного матеріального становища.

Дані сучасних метааналізів, які присвячені порівнянню ефективності психотерапії та фармакотерапії ПТСР, вказують на те, що саме орієнтована на травму психотерапія значно більшою мірою приводить до тривалої редукції психопатологічної симптоматики, ніж фармакотерапія. Вказані висновки пояснюються тим, що по-перше, при застосуванні психотерапії ризик негативних побічних ефектів або негативних реакцій на лікування незрівнянно нижчий, ніж при використанні психофармакотерапії. По-друге, терапевтичний ефект фармакотерапії спостерігається тільки під час приймання ліків і досить швидко втрачається з припиненням їх прийняття. І, нарешті, по-третє, багато дослідників вказують на те, що останніми роками все більша кількість пацієнтів віддають перевагу психотерапії.

8.5.2. Психотерапевтичний аспект лікування хворих на посттравматичний стресовий розлад

Лікування ПТСР психотерапевтичними методами є невід'ємною частиною загальновідновних заходів, оскільки треба відновити порушену внаслідок травми психічну діяльність. Водночас психотерапія спрямована на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості і можливості подальшого існування в світі. У зв'язку з цим в психотерапевтичній практиці велику увагу надають симптоматиці загалом і безпосереднім проявам різноманітних психічних розладів при ПТСР, їхньому взаємозв'язку з преморбідними структурами. Інакше кажучи, психотерапію треба спрямовувати на виконання таких важливих завдань: зниження

тривоги і відновлення почуття особистісної цілісності та контролю над тим, що відбувається. Водночас варто зважати, що терапевтичні взаємини з пацієнтами, що страждають на ПТСР, надзвичайно складні, оскільки компоненти міжособистісного травматичного досвіду — недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть — мають тенденцію виявлятися під час побудови взаємодії з психотерапевтом. Робота з травмами породжує інтенсивні емоційні реакції і у психотерапевта, отже, пред'являє високі вимоги до нього.

Безумовно, для лікування ПТСР можна застосовувати різні види орієнтованої на травму психотерапії, зокрема такі, що використовують пізнавальні, емоційні чи поведінкові підходи, але найбільш обґрунтованими, такими, що мають досить надійну переконливу емпіричну основу, є когнітивно-поведінкові моделі психотерапії. За даними літератури, в якій викладено результати клінічних апробацій, з методів орієнтованої на травму психотерапії найбільш ефективними є когнітивно-реконструктивна тривала терапія впливу, когнітивна психотерапія і десенсибілізація та переробка рухами очей. За даними інших наукових джерел, найбільш ефективними для лікування ПТСР є спеціалізована когнітивно-поведінкова терапія, коротка еkleктична терапія, розповідна експозиційна терапія, а також метод письмових оповідань.

Яким би не був груповий формат, групова терапія спрямована на досягнення певних терапевтичних цілей: поділитися з терапевтом (і групою) повторними переживаннями, що стосуються травми, в безпечному просторі (за цих обставин терапевту треба йти за пацієнтом, не форсуючи процес); зниження почуття ізоляції і забезпечення почуття належності, доречності, спільності цілей, комфорту і підтримки; створення підтримувальної атмосфери прийняття та безпеки від почуття сорому; робота в одній групі з тими, хто має подібний досвід, що дає можливість відчувати універсальність власного досвіду; позбавлення від почуттів ізолюваності, відчуження, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи; забезпечення соціальної підтримки і можливості розділити з іншими людьми емоційне переживання; з'ясування загальних проблем, навчання методам подолання наслідків травми і досягнення розуміння того, що особистісна травма потребує вирішення.

З методів індивідуальної психотерапії, орієнтованих не на травму, в літературі викладені дані, що свідчать про ефективність в лікуванні хворих на ПТСР таких методів: тренінг імунізації проти стресу, пацієнт-центрована психотерапія та міжособистісна психотерапія.

Висновки про ефективність цих методів здебільшого ґрунтуються на результатах двох масивних метааналізів, хоча, слід зазначити, що обґрунтування їх ефективності, все ж таки, не має такої великої кількості підтверджень, яка є стосовно психотерапії, що орієнтована на травму.

Основні передумови успішної роботи з клієнтами, які хворіють на ПТСР, можна сформулювати так. Здатність клієнта розповідати про травму — прямо пропорційна здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь. Будь-яку ознаку відкидання або знецінення клієнт сприймає як нездатність терапевта надати йому допомогу, і це може призвести до припинення боротьби клієнта за своє одужання. Емпатичний психолог заохочує клієнта розповідати про жахливі події, не демонструючи йому власної шоківної реакції. Психолог не применшує значення подій, емоційних реакцій, які виникли спонтанно, і не переводить розмову на «нейтральні» теми, які безпосередньо не пов'язані з травматичним страхом. Інакше у клієнта виникає відчуття, що екзистенційний тягар пережитого — нестерпний для терапевта, і клієнт відчуватиме себе не зрозумілим.

Психотерапевтичні методи, застосовувані при ПТСР:

1. Раціональна психотерапія — коли клієнтові роз'яснюють причини і механізми ПТСР.
2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруження і тривоги — аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.
3. Когнітивна психотерапія — використовують для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок.
4. Особистісно-орієнтована терапія — дає змогу змінити ставлення постраждалого до психотравматичної ситуації і взяти відповідальність якщо не за неї, то за власне ставлення до неї.
5. Позитивна терапія, гештальт-підхід ґрунтуються на уявленні, що є не лише проблеми і хвороби, але і способи і можливості їх подолання, властиві кожній людині.

Групова терапія — найчастіше вживаний формат терапії для клієнтів, що пережили травматичний досвід. Її часто використовують у поєднанні з різними видами індивідуальної терапії. Використовують численні напрями групової психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкові, психоаналітичні та психодраматичні групи, групи самопомоги, аналізу сновидінь, арт-терапії тощо. Проте, незважаючи на те, що провідними методами психотерапії ПТСР на тепер вважають поведінкові види терапії, орієнтовані на травму, в науковій літературі

немає недвозначних даних про перевагу комбінації тих чи тих методів.

Крім того, в зарубіжних метааналізах останніх років не надано достатньої уваги оцінюванню ефективності комбінації психотерапії та психофармакотерапії у військовослужбовців та ветеранів війн. Що стосується вітчизняних підходів до психотерапії ПТСР, то офіційні клінічні протоколи містять вкрай сумнівні, з наукової точки зору, рекомендації, які потребують якнайшвидшого усвідомлення та кардинальних змін.

8.6. Особливості медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з наслідками бойової психічної травми

Ефективна допомога постраждалим з ПТСР потребує координованих дій лікарів загальної практики, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів, клінічних психологів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я, з відповідними фахівцями Міністерства соціальної політики, Міністерства оборони, Міністерства надзвичайних ситуацій та волонтерських організацій. Прояви негативних психічних станів, бойової психічної травми у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки, з огляду на їхні соціально-економічні наслідки для країни, потребують невідкладного запровадження й активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів.

На сьогодні складно навіть приблизно оцінити кількісні показники економічних витрат, потрібних для відновлення здоров'я, соціальної та професійної реадaptaції військовослужбовців. Крім того, немає дійової концепції, загальнодержавної програми та системи реабілітаційних заходів, що загострює проблему лікування патологічних станів, пов'язаних з негативним стресом ведення бойових дій, збільшуючи їхні негативні соціальні, економічні та політичні наслідки. Немає єдиної міжвідомчої системи медико-психологічної реабілітації на основі уніфікованої програми і стандартизованих протоколів, із залученням як медичних фахівців (лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, медичних психологів, лікарів-реабітологів) так і психологів з базовою гуманітарною підготовкою, що не дає змоги отримати позитивні результати в рамках медико-психологічної реабілітації. Сьогодні основну увагу надають психологічній підтримці військовослужбовців у межах екстреної психологічної допомоги (кризового

втручання), психологічного консультування, психодіагностики, проведення «психологічного дебрифінгу». Подібних заходів явно бракує для того, щоб розв'язати складну проблему ПТСР, оскільки в патогенезі психогенних травм домінантною є проблема перенапруження і перебудови нейрогуморальних механізмів забезпечення адаптаційних процесів із змінами біохімічного складу речовин головного мозку, насамперед релізінг-факторів і нейропептидів, а також формування стійких патологічних змін у структурній організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності організму.

Крім того, клінічна картина загострюється ще й специфічними формами психосоматичних розладів. Такі випадки потребують інтенсивного використання заходів і методів комплексної медико-психологічної реабілітації в усіх її формах: превентивній, психологічній, клінічній, функціональній. На сьогодні є гостра потреба впровадження та активного використання ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів з метою попередження порушення психічного здоров'я військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу. Оскільки нормальне психічне функціонування, а також особливості реагування на стресові події забезпечують цілий комплекс індивідуально-психологічних характеристик, слід зважати на індивідуальну біологічну, психологічну та особистісну уразливість військовослужбовця до патологічних реакцій на дію стрес-факторів бойової діяльності ще під час проведення заходів військово-професійного психологічного відбору.

8.6.1. Превентивні заходи

Превентивні заходи треба починати застосовувати на етапі мобілізації в обласних і міських військових комісаріатах. Далі їх потрібно вживати під час підготовки у навчальних центрах і на полігонах; на етапі виконання бойових завдань і участі в бойових операціях (оперативний етап); в період виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування; на етапі лікування в лікувально-профілактичних установах (госпітальний етап); а також на етапі адаптації до мирних умов життя. Розрізняють сім основних моделей психосоціальної реабілітації, які зазвичай розглядають під час планування лікування людей з серйозними психічними розладами, включно з ПТСР: збереження здоров'я пацієнта і психологічне просвітництво; розвиток навичок самостійного життя та незалежності; забезпечення сприятливих житлових умов; розвиток позитивних навичок сімейних взаємин; розвиток соціальних навичок; професійна реабілітація;

створення індивідуалізованої програми надання пацієнту комплексної соціально-психологічної та психіатричної допомоги.

Більшість дослідників погоджуються з тим, що лікування або процес успішного подолання нав'язливих переживань травми може проходити низку стадій:

1. Стабілізація, що охоплює два аспекти: інформування та ідентифікації наявних почуттів через вербалізацію соматичних станів.

2. Розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами і реакціями.

3. Переробка травматичного досвіду — створення послідовних схем травматичного досвіду.

4. Відновлення надійних соціальних зв'язків і поліпшення навичок міжособистісної взаємодії.

5. Накопичення емоційних переживань, що надають відновлювальний ефект.

Ці стадії не є взаємовиключними, і поліпшення стану пацієнта не обов'язково залежить від того, на якій з них він перебуває.

Аналіз показує, що застосовувати методи психосоціальної реабілітації найбільш доцільно на завершальних фазах лікування, коли пацієнт зацікавлений у відновленні ефективних соціальних взаємин і розвитку позитивних емоційних переживань, що компенсують травму та її наслідки. Однак в недавніх дослідженнях було показано, що пацієнтам не обов'язково проходити всі стадії реабілітації, а особливо стадію «розриву умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами і реакціями».

Етапи реабілітації, на думку багатьох авторів, відповідають етапам превентивних заходів — під час розгортання підрозділів і навчання військовослужбовців безпосередньо після дії психотравматичних чинників та під час лікування і відновлення. Одним з найважливіших превентивних заходів медико-психологічної реабілітації на всіх етапах є проведення психологічної та психофізіологічної діагностики військовослужбовців. Така діагностика дає змогу оцінити рівень розвитку професійно важливих властивостей, мотивацію до діяльності у складі бойових контингентів, а також оцінити індивідуальні резерви адаптації з метою визначення придатності до виконання завдань за призначенням або в разі потреби в лікуванні, реабілітації. Проведення моніторингу динаміки психофізіологічного стану та індивідуальних резервів на всіх етапах дає змогу на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою ймовірністю ранніх і важких проявів бойової психічної травми

та її наслідків, а також створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення для кожного обстеженого військовослужбовця, оскільки відомо, що тяжкість проявів бойової травми зумовлена зокрема і психофізіологічними особливостями.

Реалізація психофізіологічних заходів суттєво підвищує працездатність військовослужбовців і боєздатність військ. Військовослужбовці з високим рівнем розвитку професійно важливих властивостей успішніше адаптуються до військової служби, особливо в бойових умовах, що сприяє зниженню психогенних розладів удвічі. Психологічний і психофізіологічний супровід військово-професійної діяльності військовослужбовців в умовах бойової діяльності є одним із заходів превентивної, функціональної та психологічної реабілітації, а також важливим складником всієї системи психофізіологічного забезпечення, і спрямований на підвищення професійної надійності, збереження здоров'я та активного професійного довголіття військовослужбовців.

Основними завданнями цього супроводу є:

— діагностика функціонального стану;

— збереження і зміцнення професійного здоров'я військовослужбовця;

— підтримання сприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділі (оцінка рівня згуртованості, факторів, що заважають виконувати завдання за призначенням тощо);

— зниження травматизму та нещасних випадків.

До основних напрямів психологічного та психофізіологічного супроводу військово-професійної діяльності належать: психофізіологічний контроль і оцінка поточного функціонального стану військовослужбовця; функціональна реабілітація, психокорекційні і психопрофілактичні заходи; тренування і вдосконалення професійно важливих властивостей.

8.6.2. Профілактика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

На сьогодні немає доказової бази щодо специфічних методів профілактики ПТСР. Створювати профілактичні програми слід з урахуванням основних факторів і умов формування ПТСР: особливостей травматичної події, наявних негативних професійних чинників, соціально-демографічних та соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців. Ідентифікація стрес-факторів є актуальною під час розв'язання проблем організації

медичної, психосоціальної та інших видів допомоги особам, що перебувають у зонах локальних бойових дій. Виокремлення «пускових» — найбільш патогенних чинників, які з більшою ймовірністю здатні спричинити негативні психічні порушення, зокрема розвиток ПТСР, — визначає групу первинних стрес-факторів, які треба подолати (або зменшити їхній вплив) передусім. Ці заходи треба проводити безпосередньо з моменту початку надання допомоги військовослужбовцям. Виокремлення так званих підтримувальних патогенних чинників дасть змогу визначити групу вторинних стрес-факторів, які пов'язані з екстремальними ситуаціями, але самі окремо не призводять до формування ПТСР.

Профілактика ПТСР у військовослужбовців повинна мати комплексний характер, базуватися на комплексному підході і містити медичні, психологічні та соціальні заходи.

Основними напрямками профілактики ПТСР є:

- 1) розроблення та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних розладів у осіб з ПТСР;
- 2) подальший моніторинг стану здоров'я контингентів, які є групами підвищеного ризику.

Одним з основних методів роботи з профілактики ПТСР є психологічний дебрифінг.

Дебрифінг проводять індивідуально або з групами людей, які зазнали стресової або трагічної події. Бажано, щоб люди, які беруть участь в цьому процесі (дебрифінгу), пережили таку ж саму ситуацію. Метою дебрифінгу є мінімізація небажаних психологічних наслідків, а також попередження розвитку ПТСР.

Незважаючи на очевидний прогрес у вивченні ПТСР, питання діагностики, психопрофілактики, психокорекції в структурі медико-психологічної та психосоціальної реабілітації комбатантів як і раніше належать до найменш вивчених питань в психіатрії та медичній психології.

Надпотужний вплив на формування ПТСР у комбатантів тривалої або серйозної психотравми (отриманої протягом бойових дій), відчуття проблем з фізичним (соматичним) здоров'ям та пов'язане з ними бажання комісуватися з лав Збройних сил протягом року — зумовлює застосування під час лікування цього розладу травмафокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії (або її елементів), а також втілення заходів, спрямованих на формування психологічної резистентності до стресу бойових обставин, наприклад, «прищеплювання» навичок збереження психічного здоров'я.

Облігатна наявність у клініко-феноменологічній структурі ПТСР тривоги, депресії, страхів та пов'язаних з ними розладів сну потребує використання для лікування комбатантів з ПТСР засобів психофармакотерапії (транквілізаторів, антидепресантів, снодійних), застосування методів психотерапії для корекції порушень сну (медикаментозний сон, гіпнотерапія), зниження рівня тривожності (раціональна терапія, аутогенне тренування), а також фізіотерапія (світло-, тепло-, водолікування, магнітотерапія, масаж, лікувальна фізична культура, голкорексфлексотерапія).

8.6.3. Лікувально-реабілітаційні заходи при посттравматичному стресовому розладі

Персоніфікована лікувально-реабілітаційна програма щодо осіб з ПТСР має містити три етапи: клініко-діагностичний (напівструктуроване психіатричне інтерв'ю та протокол комплексної, кваліфікованої психодіагностичної та психометричної оцінки комбатанта); персоніфікації лікувально-реабілітаційної програми (визначення специфічних для цього комбатанта симптомів-мішеней і критично важливих для відновлення психічного здоров'я обставин життя); власне лікувально-реабілітаційного втручання (індивідуальний комплекс методів психотерапії та психофармакотерапії з індивідуальною послідовністю їх застосування (лікувально-реабілітаційним «маршрутом» пацієнта).

Запитання для контролю знань

1. Поняття бойового стресу. Фактори бойового стресу.
2. Вказати фактори розвитку ПТСР у військовослужбовців.
3. Визначити гендерні особливості посттравматичного стресового розладу і коморбідні з ПТСР стани.
4. Особливості надання психологічної та соціальної допомоги учасникам бойових дій.
5. Особливості реабілітації учасників бойових дій.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Психосвітні заходи в умовах гібридної війни // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 124.
2. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / Линский И. В., Кузьминов В. Н., Позднякова Н. В. [и др.] // Там само. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 5—12.
3. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій : методичні рекомендації / [Богомолець О. В., Пінчук І. Я., Друзь О. В., Хаустова О. О.]. Київ, 2014. 53 с.

4. Напреєнко О. К., Сиропятов О. Г., Друзь О. В. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах : методичні рекомендації. Київ : Націон. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 2014. 26 с.

5. Заворотний В. І. Посттравматичні стресові розлади у учасників анти-терористичної операції (бойові психогенії, клініко-психопатологічна характеристика) // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 48—50.

6. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.

7. Коростій В. І., Поліщук В. Т., Заворотний В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу // Міжнародний неврологічний журнал. 2015. № 6 (76). С. 59—71.

8. Даник Ю. Г., Друзь О. В., Черненко І. О. Формування синдромів війн та їх особливості // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 6 (11). С. 77—89.

9. Даник Ю. Г., Друзь О. В., Черненко І. О. Система класифікації стрес-асоційованих та посттравматичних стресових розладів та її обґрунтування // Ibid. 2016. № 7 (6). С. 65—79.

10. Денисенко М. М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.

11. Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах / [Поліщук В. Т., Заворотний В. І., Соколова І. М., Кожина Г. М.] // Там само. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). 2015. С. 159—160.

12. Сыропятов О. Г., Рапча О. М. Боевая психическая травма: диагностика, лечение, реабилитация. Одесса : УВМА, 2016. 176 с.

13. Черненко І. О. Частота та чинники ризику-антиризiku алкоголізації військовослужбовців Збройних сил України — учасників локальних бойових дій // Вісник морської медицини. 2018. № 3. С. 29—38.

14. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі : клінічна настанова. Київ; Харків, 2015. 72 с.

15. Матяш М. Н., Худенко Л. І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій // Міжнародний неврологічний журнал. 2016. № 6. С. 58—64.

Розділ 9.

Комплексна система підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС

Бойові дії на Сході нашої країни — страшне випробування не тільки для соматичного, але і для психічного здоров'я нашого народу, про що свідчить високий рівень поширення серед жителів України і, особливо — серед осіб, що беруть участь у бойових діях, розладів психічної адаптації, бойової психічної травми, посттравматичних стресових розладів та соціально-стресових станів.

Бойовий стрес — це багаторівнева реакція організму у відповідь на екстремальні (бойові) обставини, яка призводить до надмірного напруження механізмів адаптації, реактивної саморегуляції та є пограничним дестабілізаційним станом, що виснажує адаптаційні резерви організму, підвищує ризик дезінтеграції психічних функцій та розвиток станів дезадаптації і соматовегетативних дисфункцій.

Психічне здоров'я — стан благополуччя, при якому людина може реалізувати власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок в життя своєї спільноти.

Пов'язані зі стресом психічні розлади, що виникають під час бойових дій, є важливим внутрішнім бар'єром на шляху боєздатності й ефективного виконання професійних обов'язків військовослужбовців (аж до зниження здатності ведення активних бойових дій), а у подальшому — до адаптації ветеранів в умовах звичайного життя через «нашарування» нових стресів, пов'язаних з соціальною дезадаптацією.

Оцінка впливу екстремальних чинників зовнішнього середовища на організм людини є надзвичайно актуальною проблемою сьогодні. За даними літератури, в період перебування в «гарячих» точках бойового середовища 23,9 % військовослужбовців відчували страх бути взятим в полон, що проявлялось в вигляді постійного

напруження (21,9 %), дратівливості (11,9 %), поганого настрою (8,6 %), безсоння (5,1 %) та інше. Водночас 76,6 % військовослужбовців пережили смерть своїх товаришів, що в 22,3 % випадків спричинило потрясіння, в 21,9 % — відчуття помсти, в 11,5 % — депресію, в 9,1 % — депресію та відчуття помсти, в 8,0 % — потрясіння та відчуття помсти. Отже, бойові дії спричиняють у військовослужбовців, які беруть в них участь, цілу гаму негативних відчуттів. Під бойовим середовищем в країнах НАТО розуміють комплекс умов, обставин та різних чинників, які діють на працездатність військовослужбовців збройних сил і впливають на прийняття відповідних рішень командирів частин чи підрозділів.

Розроблення комплексної системи підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС, що постраждали внаслідок бойового стресу в умовах збройних конфліктів, має велике практичне значення в розв'язанні багатьох проблем, які виникли перед військовою системою охорони здоров'я.

З урахуванням отриманих в процесі комплексного обстеження 106 ветеранів АТО/ООС, що постраждали в умовах збройних конфліктів, даних про психологічні, патопсихологічні та соціально-психологічні особливості формування стрес-асоційованих розладів внаслідок бойового стресу, розроблено комплексну систему підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС, що містить такі складники: моніторинг психологічного та психічного стану ветеранів; посилену психологічну увагу; психологічну підтримку ветеранів; психотерапію; психоосвіту; створення реадaptaційної атмосфери; формування здоров'я-центрованого життєвого стилю та посилення психосоціального ресурсу.

Моніторинг психологічного та психічного стану слід спрямовувати на виявлення осіб з наслідками бойової психічної травми; особливостей емоційного реагування на стресові ситуації; наявності психопатологічної симптоматики (симптомів бойового посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресії, суїцидальних тенденцій, адиктивної поведінки).

Клінічна структура стрес-асоційованих розладів у ветеранів зазвичай представлена емоційними порушеннями (тривогою, відчуттям внутрішнього напруження з неможливістю розслабитися, дратівливістю, депресією, відсутністю надії, ангедонією, відчуттям провини у того, хто вижив); легкими когнітивними розладами (труднощами концентрації уваги, труднощами під час прийняття рішень, труднощами при плануванні та організації, порушеннями пам'яті та труднощами

при підборі потрібних слів для вираження думок); вегетативними пароксизмами; астеничним синдромом комплексом та інсомнією.

У обстежених виявляють високі показники тривоги і депресії та нервово-психічного напруження, важкі клінічні прояви ПТСР, виражений прояв травматичного стресу, недосконалість механізмів психологічного захисту, неадаптивний копінг та високий рівень соціальної фрустрованості.

Посилена психологічна увага має бути орієнтована на психопрофілактику дезадаптивних реакцій та станів в умовах соціального стресу, підвищення рівня адаптації до умов мирного життя та забезпечення психологічного благополуччя, збереження психологічного і фізичного здоров'я ветеранів АТО/ООС.

Психологічна підтримка повинна мати соціально-психологічне спрямування та сприяти оптимізації психоемоційного стану ветеранів в процесі їх реадaptaції до мирного життя, відтворенню втрачених або формуванню нових громадських зв'язків, зниженню почуття ізоляції, стигматизації, гармонізації сімейних взаємин на ґрунті взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємопідтримки (для ветеранів, які перебувають у шлюбі). Психологічні методи відіграють важливу роль у підтримці психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС, а відповідно до клінічних настанов, вони рекомендовані здебільшого як терапія першої лінії.

Психотерапевтична програма охоплює таргетне використання когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, біосугестії, клієнт-центрованої роджерівської психотерапії, арт-терапії, біологічного зворотного зв'язку, травмафокусованої терапії, терапії методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy, EMDR). Доцільним є використання програми самоуправління посттравматичним стресовим розладом для військового Pucelik Consulting Group.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — вид психотерапії, яка ґрунтується на теоріях обробки когнітивної та емоційної інформації, сфокусованих на наслідках травми. Ця терапія спрямована на заохочення доступу індивіда до негативних і дистресорних думок для конфронтації з ними та подальшої заміни на позитивні. КПТ є хорошим інструментом для зміни способу мислення.

Під впливом особистісно-орієнтованої психотерапії пацієнт досягає розуміння причинно-наслідкових зв'язків його особистості і захворювання. Розкриваються етіологічні, патогенетичні

та психогенетичні механізми формування і динаміки психопатологічної симптоматики. Відбувається особистісна реконструкція пацієнта з усвідомленням внутрішньоособистісних конфліктів, що стосуються захворювання, і розв'язання їх завдяки формуванню нової системи взаємин з адекватною оцінкою психотравматичної ситуації і пошуком способів її вирішення. В процесі психотерапії пацієнт вчиться точніше сприймати і виражати свої почуття, адекватно їх описувати. Він заново переживає значущі в його житті події, оцінюючи неадекватність свого реагування в психотравматичних обставинах. Усвідомлення минулого емоційного досвіду і відкрите переживання на психотерапевтичних сесіях веде до поліпшення самоконтролю за вираженням своїх почуттів і їх корекції під час спілкування. Психотерапевт допомагає пацієнтові подолати невдалі поведінкові стереотипи і сформувані нові адаптивні варіанти поведінки.

Метод біосугестивної терапії (О. Стражний, 1996) є простою психотерапевтичною технікою, спрямованою на позбавлення людини психічного розладу, відновлення психологічного комфорту і гарного самопочуття. Цей метод є поєднанням технік вербального та невербального навчання в стані легкого трансу. Префікс «біо-» у назві каже про те, що застосовують не тільки сугестію, а й інші впливи: контакт долоні терапевта з клієнтом, певну інтонацію голосу, у ситуації групової терапії — індукцію клієнта членами групи. Метод біосугестивної терапії рекомендовано використовувати у закритих групах з кількістю учасників не більше шести.

Клієнт-центрована психотерапія за К. Роджерсом базується на тому, що терапевт має оперувати принципами, які пов'язані з відповідальністю. Клієнт повинен виробити установку стати зрілим, соціально адаптованим, незалежним, продуктивним, але для цього слід покладатися не тільки на власні можливості. Консультант має створити теплу й довірчу атмосферу, в якій клієнт може вільно виявляти ставлення і почуття, навіть нелогічні та суперечливі. Терапевт не схвалює, але й не відкидає те, що сприймає у клієнті.

Арт-терапія — це технологія психічної гармонізації та розвитку людини, засіб вирішення внутрішніх конфліктів особистості, використання її творчого потенціалу; технологія пошуку та активізації ресурсів і поширення діапазону саморегуляції. Основна мета арт-терапії полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження, самопізнання за допомогою мистецтва, а також у розвитку здатності до конструктивних дій з урахуванням реальності навколишнього світу.

Для ветеранів АТО/ООС арт-терапія дає такі переваги:

1. Забезпечення клієнта додатковими ресурсами для подолання наслідків пережитої кризи.
2. Надання можливості дослідити власні несвідомі стани, бажання, мотиви, бажані соціальні ролі та форми поведінки.
3. Арт-терапія є засобом невербального спілкування.
4. Малюнок (або інший продукт творчості) в арт-терапевтичному процесі дає змогу подивитися на ситуацію під іншим кутом зору, відшукати шлях до її вирішення.

Терапія методом біологічного зворотного зв'язку — це немедикаментозне лікування, при якому пацієнти вчать свідомо контролювати тілесні процеси, які зазвичай є мимовільними (напруження м'язів, артеріальний тиск або частота серцевих скорочень), за допомогою мультимедійних, ігрових і інших технік в заданому діапазоні величин.

Травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія є короткостроковою інтервенцією, яка має зменшити симптоми, пов'язані з травматичною подією. Вона спрямована на роботу з негативними емоціями, фізичними реакціями та будь-якими іншими труднощами, асоційованими з травматичним досвідом. Зазвичай індивідуальна або групова робота за цією методикою поєднує 12—16 сесій і включає психоосвіту, поступову експозицію, моделювання поведінки, вироблення копінг-стратегій і тренінг щодо регулювання особистої поведінки.

Терапія методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR) — це перевірена на практиці терапія, що допомагає полегшити переживання, спричинені травматичними спогадами та/або переконаннями. Як і після наслідків однієї окремої травматичної події, так і у випадках складної та/або тривалої травми, EMDR допомагає пацієнту звільнитися від емоційного болю. EMDR — спеціальна травматерапія, яка є методом психотерапії, що об'єднує багато успішних елементів цілої низки терапевтичних підходів та комбінує їх з рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції таким способом, щоб стимулювати механізм обробки травматичної інформації мозком. В основі методу лежить уявлення про існування в усіх людей особливого психофізіологічного механізму — адаптивної інформаційно-переробної системи. У разі її активації відбувається спонтанна переробка і нейтралізація будь-якої травматичної інформації, водночас це супроводжується позитивними змінами в когнітивній сфері, емоціях і поведінці. Використання в процесі проведення процедури EMDR повторюваних серій рухів

очей, ймовірно, приводить до розблокування ізольованої ділянки нейронної мережі мозку, де зберігається травматичний досвід, який, у свою чергу, піддається десенсибілізації і прискореній когнітивній переробці. Спогади, що мають високий негативний емоційний заряд, переходять у менш негативну форму, а відповідні їм уявлення і переконання пацієнта набувають конструктивного характеру.

Робочий зошит «Програма самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового» розроблений з метою формування здорової адаптації військовослужбовця після повернення із зони бойових дій та запобігання розвитку посттравматичних психічних порушень. Зошит розроблений в рамках проекту Soldier Recovery на основі досвіду доктора психології Френка П'юселіка (Frank Pucelik), який сам пережив смерті солдатів як фельдшер і пізніше став одним із засновників вчення про виведення військових із бойової психічної травми. Робочий зошит призначений допомогти колишнім бійцям впоратись із пережитими жахами війни та повернутись до мирного життя. У цьому зошиті зібрані найактуальніші моделі поведінки та питання, які допоможуть ветеранам АТО/ООС, що повернулись додому, адаптувати той досвід, який вони набули на війні, до мирного життя.

Психотерапевтичне втручання спрямоване на афективну переоцінку травматичного досвіду; корекцію поведінкових паттернів, пов'язаних з бойовим стресом; вироблення навичок опанування тривожністю й емоційними реакціями та конструктивних форм когнітивного і емоційного реагування в умовах змінення життєвого стереотипу — повернення до мирного життя.

Важливим складником програми медико-психологічного супроводу є психоосвіта, спрямована на формування адекватної системи уявлень про наслідки бойового стресу й особливості адаптаційних реакцій під час змінювання життєвого стереотипу; розуміння основних наслідків і психопатологічних реакцій, що їх спричинила психічна травма; навчання методам опанування наслідками бойової психічної травми, базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичкам саморегуляції та самоуправління власним станом.

Психоосвіта — здійснюваний поетапно процес навчання ветеранів АТО/ООС та членів їх родин в системі охорони психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги, що забезпечує їх потрібними знаннями і впливає на установки і поведінку щодо власного здоров'я. Метою психоосвіти у комплексній системі підтримки психічного

здоров'я ветеранів АТО/ООС є дестигматизувати психічний розлад і психіатричну допомогу, домогтися розуміння суспільством щоденних побутових, матеріальних і духовних потреб споживачів психіатричної допомоги та членів їхніх сімей. Основні напрями роботи психоосвіти — це емоційна підтримка в ситуації, коли ветеран АТО/ООС дізнається про своє захворювання; вироблення у нього та його родичів комплаєнсу; навчання розпізнаванню перших ознак загострення; поліпшення адаптації; підвищення інформованості з питань психічного здоров'я; формування правильних уявлень про діагностичні критерії розладу; трансформація дезадаптивних типів ставлення до захворювання в адаптивні; зниження загального рівня тривоги від «незнання», що робити в конкретній ситуації; активізація когнітивних зусиль, спрямованих на формування адаптивних копінг-стратегій; підвищення рівня «психічної культури»; прискорення ресоціалізації; зниження рівня стигматизованості та самостигматизованості; ознайомлення з психофармакотерапією та психотерапією в лікуванні, імовірними побічними діями ліків і способами їх усунення; навчання навичкам подолання захворювання; корекція перекручених розладом соціальних позицій пацієнтів і поліпшення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення якості життя.

Базисом медико-психологічного супроводу ветеранів є створення реадaptaційної атмосфери, спрямованої на публічне визнання соціального значення участі в бойових діях; визнання високого соціального статусу ветеранів; розуміння особливостей психічних реакцій і поведінки комбатантів; створення умов для сприятливої психологічної обстановки в родині.

Дуже важливим є формування здоров'я-центрованого життєвого стилю, закріплення здорових звичок, корекція порушень фізичного та психічного стану, підвищення стресостійкості, вироблення конструктивних копінг-стратегій.

Посилення психосоціального ресурсу передбачає психосоціальну реінтеграцію, адаптацію до нових умов життя, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки, зустрічі з волонтерами, профорієнтацію.

З метою превенції розвитку та декомпенсації стрес-асоційованих розладів розроблено комплексну систему підтримки психічного здоров'я військовослужбовців — учасників ООС із чотирьох послідовних етапів:

I етап — психофізіологічна підготовка до участі у бойових діях, до якого входять: адаптація до зміни життєвого стереотипу;

підвищення адаптаційних можливостей; стабілізація емоційного стану, зниження рівня тривожності; підвищення стресостійкості.

II етап — психологічний супровід під час бойових дій: рання діагностика стрес-асоційованих розладів; оцінка особистісних особливостей військових і прогнозування їхніх поведінкових реакцій.

III етап — психологічна підготовка до виходу з зони бойових дій, повернення до мирного життя: зниження рівня емоційної напруженості; вироблення й корекція планів на майбутнє; оцінка особистісних особливостей військових і прогнозування їх адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу; формування позитивної установки на майбутнє; корекція переживань, пов'язаних з зміною життєвого стереотипу (відчуття безпорадності, труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією).

IV етап — психофізіологічної реадаптації після демобілізації: афективна переоцінка травматичного досвіду; створення нової когнітивної моделі життєдіяльності; психосоціальна реінтеграція: адаптація до нових умов життя, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки, зустрічі з волонтерами; профорієнтація; сімейна психотерапія, подружня психокорекція; медико-психологічна допомога у разі виникнення стрес-асоційованих розладів.

Апробація запропонованої комплексної системи підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС довела її високу ефективність.

Комплексна система підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС на етапі реадаптації до мирного життя після демобілізації має бути спрямована також на зниження рівня емоційної напруженості; формування позитивної установки на майбутнє; корекцію переживань, пов'язаних зі зміною життєвого стереотипу (відчуття безпорадності, труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією).

Запитання для контролю знань

1. Симптоми психічних розладів, пов'язаних з бойовою травмою.
2. Психологічні методи, що відіграють важливу роль у підтримці психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС.
3. Особливості окремих методик психотерапії у лікуванні психічних розладів, пов'язаних з бойовою травмою.
4. Використання робочого зошиту «Програма самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового».
5. Психоосвіта у комплексній системі підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС.

Список використаної літератури

1. Етапи формування посттравматичних стресових розладів у гібридних війнах / А. П. Казмірчук, О. І. Лашин, В. О. Науменко [та ін.] // Research-science. 2019. № 9. С. 3—7.
2. Марута Н. А. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства / Н. А. Марута, В. И. Заворотный // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 33—38.
3. Самойлова О. В. Клінічні особливості розладів адаптації в умовах військового конфлікту на Сході України // Там само. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 95—98.
4. Алгоритм медико-психологічного супроводу жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО/ООС / Г. М. Кожина, В. В. Стеблюк, К. О. Зеленська, К. В. Проноза-Стеблюк // Там само. 2021. Том 29, вип. 1 (106). С. 29—31. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-5>.
5. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій // Psychosomatics: Science and Practice. 2019. Vol. 4, no. 2. P. 34—39.
6. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У 2 т. / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 579 с.
7. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А. В. Верба, О. А. Барбазюк, А. В. Швець [та ін.] / за заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О. В. Друзь, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В. С. Гічуна. Київ, 2017. 102 с.
8. Когут Л. Не називайте їх АТО-шниками: психологія учасників бойових дій // Офіційний сайт Міністерства оборони України. 2018. URL: <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii>.
9. Ільницька Т. Ю. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на Сході України / Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 4 (93). С. 23—25.
10. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. А. Толмачов // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2. С. 128—129.
11. Друзь О. В. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій / О. В. Друзь, І. О. Черненко // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 45—48.
12. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / М. М. Денисенко, Р. В. Лакінський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Там само. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.

Розділ 10.

Охорона психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб

В сучасному світі виникає безпрецедентна кількість надзвичайних ситуацій, що пов'язані зі збройними конфліктами та стихійними лихами. Вже багато десятиріч, з часу закінчення другої світової війни, не спостерігалось такої кількості біженців і внутрішньо переміщених осіб. Десятки мільйонів людей в різних країнах потребують допомоги, зокрема психологічної та психіатричної. Вимушене переселення стосується не тільки безпосередньо самих біженців та вимушених переселенців, але й населення різних країн загалом, яке змушено надавати притулок та допомогу. Психічне здоров'я біженців — це виклик для сучасної психіатрії. Потреба в психіатричній допомозі серед осіб, які рятуються від війни і переслідувань, буде тільки зростати.

Загалом нині у світі налічується близько 300 млн осіб, які належать до категорії вимушено переміщених. Наприкінці 2015 року збільшилася кількість біженців, які знайшли притулок у різних країнах. Зокрема, Туреччина прийняла 2,5 млн осіб, Пакистан — 1,5 млн, Ліван — 1,1 млн. Тільки 2016 року на отримання притулку в країнах Європи подали заявки більше ніж мільйон осіб.

Після закінчення балканських війн збройний конфлікт на території України став ще одним серйозним фактором вимушеного переміщення по всьому регіону. В результаті бойових дій на Сході України починаючи з 2014 року значна кількість людей була змушена покинути свої будинки і мігрувати в межах країни та за кордон.

За даними Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, на 2020 рік в Україні налічується близько 1,5 млн внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій Донецької, Луганської областей та АР Крим.

У переміщених осіб змінюється як умови життя, так і його сенс. Зокрема, переміщені особи змушені звикати до нових, часто

несприятливих умов життя на новому місці. Факт втрати домівки, близьких людей, звичного оточення, побуту, зміна ритму життя, невизначеність майбутнього, страх щодо майбутнього та багато інших чинників, які впливають на їх фізичний та психічний стан. Біженці і різні категорії мігрантів можуть стикатися з проблемами доступу до медичної допомоги, відчуваючи труднощі з її наявністю, достатністю, фізичною чи фінансовою доступністю і відповідністю потребам.

Нездатність забезпечити для біженців і мігрантів рівноправний доступ до медичних послуг може мати негативні наслідки в сфері охорони громадського здоров'я як для самих біженців і мігрантів, так і для спільнот, що приймають, і перешкоджати досягненню глобальних цілей в галузі охорони здоров'я.

Сьогодні формуються принципи, що відображають ключові аргументи охорони громадського здоров'я на користь зміцнення здоров'я біженців і мігрантів:

- право на здоров'я є основним правом людини, незалежно від його міграційного статусу;

- біженці та мігранти роблять активний внесок в розвиток суспільства, що приймає, і країни походження;

- низький рівень охоплення послугами охорони здоров'я окремих груп населення може мати негативні наслідки для здоров'я суспільства загалом;

- рання діагностика і лікування рятує життя і скорочують втрати на лікування;

- пріоритетна увага до уразливих груп населення і найбільш нужденних членів суспільства є розумною стратегією охорони громадського здоров'я;

- безпека здоров'я мігрантів та біженців є частиною глобальної безпеки суспільного здоров'я;

- «диверсифікація» населення здатна змінювати епідеміологічні профілі країн.

Поширеність психічних розладів серед біженців і мігрантів істотно різниться залежно від досліджуваних груп і методик оцінювання. Є свідчення про те, що серед біженців і шукачів притулку посттравматичний стресовий розлад більш поширений, ніж серед населення країни, що приймає. Загалом біженці і мігранти, очевидно, менше зловживають наркотиками та алкоголем, ніж населення країн, що приймають, особливо в Північній Європі. Наявні дані свідчать про те, що постміграційні чинники стресу, як-от тривалість процесу

подачі клопотання про надання притулку, безробіття або ізоляція, часто негативно пов'язані з розвитком депресії та інших психічних розладів. Ці відомості свідчать про нагальну потребу надавати підвищену увагу постміграційним чинникам стресу.

Важливим аспектом допомоги є профілактична допомога біженцям і мігрантам, яка передбачає стратегії зміцнення здоров'я та скринінг, а також соціальну підтримку, підготовку медичних працівників та ініціативи щодо підвищення обізнаності, орієнтовані на групи меншин. Популяризація здорового способу життя та просвіта мають особливе значення для біженців і мігрантів, оскільки часто вони не обізнані щодо системи охорони здоров'я країни призначення і тому не знають, якого роду допомога там є, чи мають вони на неї право і як до неї можна отримати доступ. З огляду на потенційну небезпеку поширення серед біженців і мігрантів захворювань, які можна попередити вакцинацією, розробляють систематизовані плани імунізації новоприбулих біженців і мігрантів на основі національного календаря щеплень країни, що приймає.

Дані метааналізу свідчать, що рівень психічних захворювань — вдвічі вищий серед біженців і тих, хто просить притулку, порівняно з тими, хто мігрував з економічних причин.

Більшість людей, що зіткнулися з травматичними подіями (зокрема і вимушеним переселенням) в соціально безпечній ситуації відновлюються самостійно (самозцілення). Аби ідентифікувати осіб, які справді потребують допомоги, важливо пам'ятати, що симптоми посттравматичного стресу можуть варіювати і поєднуватися з іншою психічною і соматичною супутньою патологією. Травматичний досвід може призводити до розвитку специфічних фобій, розладів особистості, дисоціативних розладів.

Вимушена міграція населення внаслідок бойових дій належить до проблеми, яка призводить до розвитку порушень на рівні психосоматичного, психологічного здоров'я, суттєво впливає на рівень соціальної адаптації та якості життя. Наслідки бойових дій та вимушеної міграції суттєво впливають на людей незалежно від віку, але діти, що є безпосередніми очевидцями й учасниками збройного конфлікту і зазнали внутрішньої міграції, належать до особливо вразливої групи. Діти, як і дорослі, які пережили бойові дії в зоні антитерористичної операції, вимушені були покинути домівки, відчувають страх повторення бойових дій, руйнування своїх уявлень про життя, стикаються з байдужістю, несправедливістю, різноманітними обмеженнями, не бачать життєвої перспективи. Дослідники

різних країн так само показують в своїх працях наявність неврологічних і психічних розладів у підлітків і дітей, пов'язаних зі стресом, зокрема, й імміграційним.

10.1. Особливості психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб

Для визначення наявних психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО), особливостей клінічної картини психічних розладів з метою розроблення заходів фармако- та психотерапії, психоосвіти та профілактики використовують комплекс методів дослідження: інформаційно-теоретичний, вербально-комунікативний, психометричний, психодіагностичний та математико-статистичний.

Серед психічних розладів у ВПО домінують розлади тривожно-депресивного спектра, а саме:

- органічний афективний (депресивний) розлад (F06.3);
- органічний тривожний розлад (F06.4);
- помірний депресивний епізод (F32.1);
- рекурентний депресивний розлад (F33.1);
- розлади адаптації (F43.2);
- посттравматичний стресовий розлад (F43.1).

Структура клінічних проявів психічних розладів у ВПО характеризується поєднанням емоційних, соматовегетативних та когнітивних симптомів.

Специфічними симптомами при *органічному афективному (депресивному) розладі* є:

- песимістичні думки про втрачене минуле та майбутнє;
 - відчуття невпевненості в своєму майбутньому;
 - схильність до переживань та негативної оцінки з приводу пережитих подій;
 - відчуття безперспективності майбутнього;
 - відсутність планів на майбутнє;
 - відчуття невпевненості в собі.
- Органічний тривожний розлад* характеризується переважанням: — тривоги щодо різних ситуацій та за майбутнє; — сновидінь, що супроводжуються картинами пережитих подій, ідеями малоцінності, схильністю до негативної оцінки важкості та безперспективності майбутнього; — відчуття невпевненості в собі та неможливості приймати рішення.

При *афективних розладах* провідними симптомами є:

- знижений настрій;
- нав'язливі спогади про втрачене минуле;
- зниження кола зацікавленості;
- небажання спілкуватися з оточенням;
- песимістичні думки про минуле та майбутнє;
- страх перед майбутнім;
- апатія;
- напруження;
- відчуття душевного тягаря;
- порушення сну;
- відчуття втоми;
- зниження апетиту;
- схильність до переживань з приводу втрати свого минулого життя;

- відчуття невпевненості в собі;
- відсутність планів на майбутнє;
- труднощі у виконанні навіть повсякденних дій;
- неспроможність приймати рішення;
- низька фізична активність;
- уникнення спілкування з оточенням, навіть з близькими;
- знижена працездатність.

Розлади адаптації у ВПО проявляються такими симптомами:

- знижений настрій;
- тривога та відчуття внутрішнього дискомфорту;
- різноманітні страхи,
- напруження,
- роздратованість,
- відчуття душевного тягаря,
- втомлюваність,
- порушення сну (труднощі засинання, поверхневий та тривожний сон без відчуття відпочинку після сну, страшні сновидіння);
- загальна слабкість;
- загальний дискомфорт у тілі;
- серцебиття;
- відчуття тисняви за грудиною;
- нерівномірність апетиту;
- порушення сексуальної функції (зниження лібідо, погіршення ерекції, втрата відчуття оргазму);
- проблеми з м'язами (різноманітні больові та спазматичні відчуття у м'язах);

— зниження продуктивності діяльності у різних сферах життя та схильність до переживань з приводу пережитих психотравматичних подій;

— звуження кола спілкування з оточенням;

— низький рівень реалізації у соціумі з низьким рівнем мотивації;

— побоюваннями, що не зможуть адаптуватися у змінених умовах життя.

При *посттравматичному стресовому розладі* домінують:

- нестійкий настрій зі схильністю до його зниження;
- страхи, що пов'язані з пережитими психотравматичними подіями;
- сновидіння, що відновлюють пережиті психотравматичні події;
- підвищене серцебиття;
- загальний дискомфорт у тілі;
- втомлюваність;
- тремтіння в кінцівках та тілі;
- переживання з приводу пережитих психотравматичних подій;
- постійні спогади про психотравматичні події;
- порушення концентрації уваги;
- уникнення розповідей про пережиті події;
- занижена самооцінка;
- конфліктність у взаєминах в сім'ї та соціумі.

Фактори ризику розвитку психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб:

- старший (50—59 років) та середній (40—49 років) вік;
- відсутність повної сім'ї;
- відсутність роботи;
- низький рівень соціальної зайнятості;
- незадовільні житлові умови;
- збереження значущості чинників психічної травматизації;
- наявність окремих донозологічних синдромів.

10.2. Основні принципи лікування внутрішньо переміщених осіб з психічними розладами

На підставі вивчених закономірностей розвитку психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб розроблено комплекс терапевтичних заходів, що враховують особливості та умови формування розладів, специфіку клінічної картини та перебіг захворювання.

Найважливішими принципами лікування ВПО є:

— комплексність терапії — сполучення методів фармако- та психотерапії, з провідним значенням психотерапії;

— етапність терапії: 1 етап — активна терапія; 2 етап — стабілізуювальна терапія; 3 етап — підтримувальна терапія

Фармакотерапія передбачає використання психотропних препаратів та препаратів інших груп (загальнозміцнювальні, судинні, ноотропні тощо) залежно від специфіки розладу. Психотерапія є провідним методом лікування та спрямована на переоцінку психотравматичних обставин, оптимізацію використання особистісних ресурсів хворого в умовах переміщення в особливих обставинах та напрацювання адаптивних форм поведінки.

Психопатологічні стани, що виявляють у ВПО, можна поділити на три групи:

1. Психопатологічні порушення внаслідок органічної патології головного мозку — афективний (депресивний) (F06.3) та тривожний (F06.4) розлади.

2. Афективні розлади ендогенного генезу — депресивні епізоди, рекурентний депресивний розлад (F32; F33).

3. Психопатологічні порушення невротичні та пов'язані зі стресом — розлади адаптації, ПТСР.

Незважаючи на те, що етіопатогенетичні чинники вказаних груп захворювань є різними, можна визначити спільні риси в клінічній картині, що зумовлені переміщенням в особливих умовах: переважання тривожно-депресивної симптоматики та окремих симптомів посттравматичного стресового розладу. На цьому ґрунті розроблені рекомендації щодо лікування осіб з цими захворюваннями, з урахуванням їх специфіки, а також психотерапевтичні підходи до подолання психопатологічних посттравматичних симптомів.

У формуванні психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб бере участь складний комплекс чинників, що містить особливості травматичної події, соціально-демографічні, клінічні, індивідуальні психологічні особливості та особливості соматичного стану. Всі ці фактори характеризуються складною внутрішньою взаємодією і взаємним впливом. Той самий фактор у різних людей може запускати, підтримувати, потенціювати, або стримувати і бути протекторним щодо виникнення у них психічних порушень.

Визначальними з усіх факторів формування є особливості психотравматичної події, індивідуальна значущість психотравми, рівень соціальної підтримки, особистісні особливості (механізми психологічного захисту і копінг-стратегії, характеристики емоційної сфери, рівень фрустраційної толерантності тощо), а також фактори ризику (стать, вік, наявні психічні розлади та психотравматичні події

в анамнезі, низький соціально-економічний статус). Найбільш значущими є характеристики пережитої катастрофи (важкий, масивний, інтенсивний і тривалий вплив екстремальних факторів), наявні поранення і фізичні травми у самого хворого чи когось з його родичів чи знайомих, переважання в структурі захисних механізмів проєкції і регресії. Індивідуальні психологічні фактори виступають як основна опосередкована ланка у формуванні захворювання.

10.2.1. Терапія пацієнтів з психопатологічними порушеннями органічного генезу

Терапія пацієнтів — ВПО з психопатологічними порушеннями органічного генезу — має враховувати специфіку захворювання, що поєднує групу психічних розладів, для яких загальним є наявні церебральні захворювання, мозкові травми або інші пошкодження, які призводять до церебральної дисфункції.

Лікування ВПО здійснюють за двома основними принципами: а) лікування основного захворювання; б) лікування психічних розладів.

Тривалість лікування повинна бути достатньо великою і залежить від зворотної динаміки симптомів. Лікування проводять в умовах стаціонару протягом 21—24 дні, з рекомендаціями до подальшого підтримувального лікування в амбулаторних умовах.

Фармакотерапія спрямована на припинення основної психопатологічної симптоматики, а саме симптомів тривожно-депресивного спектра. Основними групами препаратів є антидепресанти, малі нейрOLEптики та седативні засоби. Для лікування органічної патології ЦНС призначають вазоактивну, ноотропну та загальнозміцнювальну терапію.

Серед антидепресантів перевагу надають призначенню препаратів першої лінії — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), комбіновані інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, мелатонінергічні антидепресанти. У разі переважання тривожних порушень перевагу надають ансіолітичним засобам. За умови вираженої агріпнічної симптоматики рекомендовано призначення комбінації СІЗЗС та снодійних. Антидепресанти призначають на тривалий термін — 1—3 місяці, ансіолітики — протягом 2—4 тижнів, снодійні — до 2 тижнів. Вибір фармакологічного засобу та дозування є індивідуальним, залежно від особливостей клінічної симптоматики та переносимості. Треба відзначити, що рекомендовано призначення психотропних препаратів цієї категорії хворих у низьких чи середніх дозах.

Психотерапевтична корекція хворих цієї категорії передбачає як симптоматичне, так і патогенетичне лікування і є основним заходом корекції окремих симптомів посттравматичного стресового розладу, наявних в клінічній картині психопатології ВПО.

Основними формами психотерапії є когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ), психоосвіта та сімейна психотерапія.

Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на переоцінку хворим себе та оточення завдяки раціональному переосмисленню того, що відбувається, а також пошуку позитивних чинників, які б допомогли подолати депресивні переживання. Перевагу надають індивідуальним формам роботи. Інтенсивність проведення психотерапевтичних сеансів має бути обмеженою. Сеанси корегувального характеру раціонально проводити через день та сполучати з седативними бесідами. Базові методи, що використовують в терапії депресивних порушень, на перших етапах лікування охоплюють моніторинг когніцій і настрою та навчання пацієнта самоконтролю і корегуванню власного стану завдяки переключенню уваги на позитивні чинники. На подальших етапах пацієнтам доручають виконання домашніх завдань, що передбачають планування активності і поведінкові завдання, спрямовані на тренування фіксації уваги на емоційно приємних факторах. Водночас дуже важливим є досягнення, завдяки наданню потрібної інформації про механізми розвитку захворювання та методологію лікування, довіри та відчуття впевненості у хворого щодо значущості планового лікування як депресії, так і супутньої патології для досягнення оптимального ефекту терапії.

На 1 етапі лікування психотерапія має бути седативного та підтримувального характеру, спрямована безпосередньо на подолання симптомів тривоги. Хворому надають інформацію про його захворювання, шляхи його подолання, перспективи щодо одужання. Психоосвітні бесіди проводять 2—3 рази, в перші дні лікування з інтервалом 1—2 дні. Тривалість сеансу становить 20—30 хвилин. Також на цьому етапі потрібно спілкування з рідними чи близькими хворого, обговорення, у межах сімейної консультації, важливості підтримки з боку мікрооточення. КПТ на цьому етапі спрямована на зміну негативних уявлень пацієнта про захворювання та оточення, загальну ситуацію. Дуже важливою умовою є створення довірливих, комплаєнтних взаємин з хворим та його близькими. Сеанси КПТ проводять у індивідуальному форматі, 3 рази на тиждень, тривалістю 30—40 хвилин. Загалом етап активної терапії триває 1—2 тижні.

Психотерапія *стабілізувального 2 етапу* включає переважно КПТ. Також хворому в процесі лікування надають додаткові дані щодо процесу лікування, проміжних результатів. КПТ на цьому етапі спрямована на позитивізацію уявлень хворого про ситуацію, світ, оточення, а також на визначення особистісних ресурсів для подолання розладу. Проводять аналіз досягнень хворого в складних умовах, або ситуативних життєвих складнощів, та пошук подальших шляхів їх подолання чи альтернативних можливостей, що спираються на індивідуальні особливості пацієнта та об'єктивної ситуації. Сеанси проводять у груповому та індивідуальному форматах, 5 разів на тиждень, протягом 40—60 хвилин. Тривалість етапу стабілізувальної терапії становить 2—3 тижні.

Метою 3 етапу підтримувальної терапії є адаптація хворого до звичайного життя та відновлення соціального функціонування. Основними засобами на цьому етапі також є КПТ, психоосвіта та сімейна психотерапія. Хворому пропонують ще раз оцінити свої можливості, врахувати позитивні зміни, що сталися в процесі лікування, та змодельовати ближнє майбутнє. Раціонально обговорити з психотерапевтом найближчі плани хворого щодо подальшого життя та надати можливість хворому раціонально оцінити власні сили та об'єктивні умови, обрати свій індивідуальний шлях адаптації. Найчастіше базою для підвищення особистісного ресурсу хворих з тривожно-депресивними порушеннями органічного генезу є мікросоціальна підтримка. Тривалість цього етапу становить 2—3 тижні.

10.2.2. Лікування пацієнтів з афективними розладами ендогенного генезу

Лікування при афективних розладах ендогенного генезу (депресивні епізоди, рекурентний депресивний розлад — F32; F33) у ВПО має комплексний характер та охоплює фармакологічні та психотерапевтичні заходи. Основними фармакологічними препаратами є антидепресанти. Важливим у лікуванні є достатня терапевтична доза і тривалість приймання препарату. Призначаючи терапію, варто зважати на вподобання самого пацієнта і думку членів його родини з урахуванням попереднього досвіду лікування, як щодо ефективності, так і переносимості психотропних засобів.

Стратегія щодо поліпшення прихильності пацієнта до лікування має також включати психоосвіту пацієнтів та членів родини, активне залучення їх до процесу терапії. Пацієнта треба інформувати про його

розлад, вплив препарату на його організм, очікуваний час появи перших ознак антидепресивного ефекту, ймовірні побічні дії, етапи лікування та тривалість лікування.

Лікування слід починати з призначення препаратів першої лінії.

На першому етапі активної терапії рекомендовано призначати середні та високі терапевтичні дози препаратів. Оцінювати тимолептичний ефект слід двічі на тиждень, якщо немає ефекту протягом двох тижнів, потрібна корекція фармакотерапії. Подолати недостатню ефективність можна заміною першого призначеного антидепресанту на другий, з іншим механізмом дії; або посилити терапію одним з тимостабілізаторів або нейролептиків другого покоління, антидепресантів іншого класу чи препаратами бензодіазепінового ряду. Якщо є виражені симптоми тривоги, рекомендується призначити транквілізатори (бензодіазепіни) терміном до двох тижнів. Тривалість першого етапу активної терапії — 16 тижнів, включно з перебуванням у стаціонарі.

Другий етап — стабілізуючої терапії — передбачає і далі застосування обраної на попередньому етапі антидепресивної терапії в середніх дозах та спрямований на закріплення отриманого ефекту в період активної терапії. Тривалість етапу стабілізуючої терапії — не менше як шість місяців.

Третій етап — підтримувальне лікування — спрямоване на поступову адаптацію хворого до відміни фармакотерапії та повне відновлення соціальної адаптації. Хворим призначають підтримувальні дози антидепресанту — низькі, з поступовою відміною препарату. Тривалість цього етапу становить до 12 місяців або більше — для пацієнтів з рекурентною депресією, пацієнтів з хронічною соматичною патологією.

Психотерапія є обов'язковим компонентом лікування афективних порушень у ВПО. З одного боку, психотерапія спрямована на підтримання хворого в подоланні депресії, з другого — на активізацію особистісних ресурсів та адаптацію в умовах зміни місця мешкання, переоцінку ситуативних особливостей.

На першому етапі активної терапії психотерапія має седативно-підтримувальну спрямованість. Другий етап психотерапевтичної корекції призначений для корекції психологічних уявлень та напрацювання адаптивних форм поведінки. Третій етап — підтримувальний, присвячений повному відновленню соціального функціонування з використанням напрацьованих адаптивних форм поведінки в реальних умовах.

Когнітивна психотерапія ґрунтується на принципі, що реакції на життєві події залежать від того, як людина їх інтерпретує. Депресія пов'язана з ірраціональними переконаннями і дезадаптивними стратегіями переробки інформації. Відповідно, мета когнітивної психотерапії — навчити пацієнта розпізнавати ці ірраціональні погляди і дезадаптивні стратегії і контролювати свої переконання і реакції. Навіть застосовуючи поведінкові компоненти в її структурі, пацієнт не переробляє суто поведінку, а використовує її як контроль своїх когнітивних стратегій.

В стані депресії домінують негативні уявлення хворого про самого себе, власні вчинки. Насамперед найбільш важливим є те, що подібні уявлення виникають через необґрунтовані висновки, що базуються на фіксуванні уваги хворого на окремих подробицях, без урахування загальної ситуації та унітопному погляді на об'єктивні події. Метою когнітивної терапії під час лікування депресивних порушень є зміна емоційного стану та настрою хворого завдяки раціонально-логічній переробці пацієнтом суб'єктивного погляду на себе та світ, чого лікар досягає раціональним переконанням пацієнта щодо необґрунтованості негативної та зниженої оцінки себе та своїх досягнень як у минулому так і тепер. Ключовим у когнітивному підході є надання об'єктивної інформації, яка стосується причинно-наслідкових зв'язків розвитку депресивних порушень, позитивізація уявлень хворого про себе та свої можливості, формування оптимістичного настрою щодо майбутнього. Важливим є роз'яснення механізмів розвитку депресивних симптомів, щоб у хворого було чітке уявлення про власне захворювання, можливості терапевтичного втручання. Наголошують винятково важливе значення щодо ставлення самого хворого до себе та свого розладу та потребу активної участі його у протистоянні з захворюванням. Пацієнту надають інформацію, що від його власних зусиль залежить його стан, що він може впливати на власні емоції та настрої. Треба змінити хворобливе уявлення про власну безпорадність щодо себе та захворювання та безвихідність із ситуації депресивного розладу, та допомогти пацієнту визначити позитивні чинники, на які він може спиратися під час подолання депресії.

Саме поведінкова терапія навчає контролю обставин, розв'язанню проблем, забезпечує тренінг соціальних навичок, зокрема і упевненості в собі, і тренінг самоконтролю.

Когнітивну психотерапію для хворих на афективні розлади рекомендовано проводити у індивідуальному та груповому форматах.

На першому етапі перевагу надають індивідуальним формам роботи. Це потрібно для встановлення комплаєнтних взаємин з хворим та емоційного контакту. Найважливішим заходом індивідуальної терапії є психотерапевтична бесіда. Сеанси проводять щоденно перший тиждень лікування, в подальшому — три рази на тиждень протягом трьох тижнів, надалі — в амбулаторному режимі 1—2 рази на тиждень протягом 4—6 місяців.

Сеанси групової психотерапії раціонально призначати з другого тижня лікування. Сеанси проводять три рази на тиждень протягом 4 тижнів. В подальшому — 1—2 рази на тиждень 3—6 місяців (амбулаторно).

Когнітивна теорія депресії стверджує, що негативний афект і пасивність — найважливіші і найочевидніші компоненти депресивного синдрому — виникають унаслідок негативних паттернів мислення і неправильного сприйняття пацієнтом самого себе, середовища і свого майбутнього. Групова форма терапії дає змогу «втягнути» з кожного пацієнта негативні установки і переконання, які не завжди «спливають» назовні під час індивідуальної терапії. Систематичне виявлення і досліджування подібних думок відкриває можливість для того, щоб продемонструвати пацієнту зв'язок між думкою і емоцією або поведінкою, а також навчити його відстежувати свої негативні когніції та відкидати їх.

Як і в індивідуальній когнітивно-поведінковій терапії, переважними цілями групової терапії є досліджування і модифікація дезадаптивних установок пацієнта і виправлення його помилок в процесі оброблення інформації. Базові методи, що використовують в груповій терапії депресивних порушень, охоплюють поведінкові завдання, постійний моніторинг когніцій і настрою, навчання пацієнта стратегіям виявлення і коригування когнітивних спотворень. Пацієнтам доручають виконання домашніх завдань, як-от планування активності і ведення протоколу дисфункціональних думок.

10.2.3. Лікування пацієнтів з невротичними та пов'язаними зі стресом розладами

Терапевтична корекція ВПО, хворих на невротичні розлади, також має бути комплексною і включати методи психотерапії і фармакотерапії.

1 етап — активної терапії спрямований на поліпшення емоційного стану хворих, та створення сприятливих умов для проведення корекційної психотерапії. Тривалість цього етапу становить 2—3 тижні.

2 етап — стабілізуючої терапії — містить заходи, спрямовані на відпрацювання та адаптацію відновлених форм адаптивної поведінки та використання нових, виявлених в процесі психотерапії. Фармакотерапія на цьому етапі передбачає використання підтримувальних доз препаратів, обраних на попередньому етапі, з поступовою їх відміною. Тривалість цього етапу — 3—4 тижні. Перші два тижні її краще проводити в умовах стаціонару або денного стаціонару, а в подальшому — амбулаторно.

3 етап — підтримувальної терапії — присвячений адаптації хворого в умовах повсякденного життя з використанням отриманих навичок поведінки та адаптивної когнітивної оцінки обставин. Метою цього етапу є повне відновлення соціального функціонування в реальних умовах. Тривалість становить 3—4 тижні. Основним лікуванням є психотерапія — КПТ та сімейна психотерапія.

Протягом перебування в стаціонарі (близько 3 тижнів), усі хворі на невротичні розлади мають проходити обов'язковий курс фармакотерапії з застосуванням седативних препаратів та антидепресантів. Потреба використання медикаментозних препаратів зумовлена наявними у клінічній картині тривожними, афективними, соматовегетативними та іншими симптомами.

Серед антидепресантів перевагу надають групам селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, комбінованих інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, а також мелатонінергічним антидепресантам. Доцільно застосовувати малі і середні дози препаратів. Курс фармакотерапії повинен тривати від одного до трьох місяців.

Основні принципи психотерапії при невротичних розладах у внутрішньо переміщених осіб:

- психотерапія — провідний метод лікування;
- психотерапія повинна мати комплексний характер і застосовувати симптоматичний і каузальний підходи;
- психотерапію треба починати на перших етапах лікування і проводити весь період терапії.

Психотерапія симптоматична має загальноседативний та підтримувальний характер, спрямована на створення довірливих, комплаєнтних взаємин між лікарем та пацієнтом, відтворення позитивної установки хворого на лікування. Переважним методом симптоматичної психотерапії є індивідуальна психотерапевтична бесіда.

Пацієнтам з невротичними розладами притаманні досить стереотипні ролі, які за певних обставин можуть ставати неадекватними,

але вони є неповністю усвідомленими і реалізуються хворим автоматично, без реального урахування конкретної ситуації. В процесі психотерапії у пацієнтів актуалізується попередній емоційний досвід та попередні стереотипи міжособистісних взаємин під час взаємодії з оточенням. Це надзвичайно важливо для ВПО, що зазнали психологічного стресу в специфічних умовах переміщення в особливих обставинах. Психотерапія дає змогу пацієнту не тільки отримати раціональну, корисну інформацію, яка допомагає логічному переорієнтуванню ситуації, але й можливість емоційної переробки власних труднощів та «помилки». У груповому форматі доцільно використання когнітивно-поведінкових психотерапевтичних заходів, які спрямовані на виявлення та вербалізацію етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню розладу, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи взаємин і захворюванням, на зміну взаємин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки. Психотерапевтичний процес починається з досліджування особистості — через усвідомлення внутрішньої динаміки — до корекції порушених стосунків особистості і фокусується здебільшого на когнітивних аспектах. Процес психотерапії базується на збалансованому використанні особистістю когнітивних, емоційних та поведінкових механізмів.

При тривожно-депресивних розладах основу лікування становить індивідуальна психотерапія у вигляді когнітивно-поведінкової терапії (спрямованої на досягнення хворим розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи взаємин та захворюванням) та КПТ в груповому форматі (спрямована на аналіз та корекцію помилково виробленої системи поглядів та дисфункціональних переконань). Вказаний комплекс впливає на глибинні установки та моделі поведінки хворих на тривожно-депресивні розлади.

Особливості програми психотерапії, що розроблена для ВПО, ґрунтуються на урахуванні клініко-психопатологічних особливостей перебігу психопатології, а саме: симптомів посттравматичного стресового розладу у вигляді нав'язливих тривожних спогадів минулих подій, страху, що ситуація з бойовими діями повториться, сновидіннями, що супроводжуються картинами пережитих подій, а також специфічних чинників психічної патології — події, що мали реальну або ймовірну загрозу життю — власному або інших людей, та пережиті у зв'язку з цим реакції страху, також події у вигляді раптового вимушеного від'їзду з частковою або майже повною втратою майна, втрата чи загроза втрати близьких.

Провідним методом психотерапії є когнітивно-поведінкова психотерапія (за А. Беком), яку проводять в індивідуальному та груповому форматах. Індивідуальні сеанси призначають 2—3 рази на тиждень, тривалістю 40 хвилин. Заняття групової терапії проводять 5 разів на тиждень, загалом 10—15 сеансів, тривалістю 90 хвилин. Найважливішими заходами впливу є психотерапевтична бесіда та психотерапевтична дискусія.

Техніки КПТ, завдяки раціонально-логічній переробці суб'єктивного погляду, дають змогу виробити у пацієнта адекватніше ставлення до себе, ситуації, актуалізувати конструктивні копінг-стратегії, зрозуміти перспективність майбутнього, підвищити самоповагу, відновити мотиваційний потенціал. Особливістю КПТ є спрямованість на виявлення найбільш значущих ланок формування розладу, а саме: фіксація на чинниках психічної травматизації, структура клінічної картини з облігатними симптомами ПТСР, особистісні особливості хворих (використання специфічних копінг-стратегій) та окреслення особистісної ролі, відповідальності та ресурсів пацієнта у виникненні та подоланні патологічного процесу.

Сімейна психотерапія, яка рекомендована як облігатний метод терапії психічних розладів невротичного ґенезу, у ВПО спрямована на гармонізацію внутрішньосімейних стосунків, що є потужним чинником антиризиків розвитку психопатології.

Запропоновані підходи до терапії психопатологічних станів у ВПО, що охоплюють комплексну фармако- та психотерапію, за умов провідного значення психотерапії з урахуванням особливостей формування та клінічної картини психопатології у ВПО, дають змогу вірогідно підвищити якість лікування.

10.3. Психосвітня програма реабілітації та профілактики формування психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб

З метою своєчасного виявлення та профілактики психопатологічних порушень у ВПО, з урахуванням специфіки їх клініко-психопатологічного стану та психологічних особливостей, розроблено психосвітню програму, що спрямована на формування обізнаності стосовно клінічних проявів (симптомів-маркерів) психічних розладів, можливостей щодо запобігання їх формуванню та варіантів дій в умовах загострення психічного стану.

Психосвіту можна проводити за допомогою різних заходів — групових лекцій, тренінгів, презентацій, інформаційних буклетів, відеофільмів, інтернет-ресурсів та іншого.

Основним завданням роботи з ВПО є своєчасне виявлення психопатологічної симптоматики, інформування про симптоми та наслідки психічних розладів, проведення амбулаторного або стаціонарного лікування з урахуванням їх генезу, клінічних особливостей та наявного стресового досвіду внутрішньої міграції.

З огляду на результати проведених клініко-психопатологічного та психодіагностичного досліджень, виокремлено такі завдання (напрямки) програми психоосвіти з ВПО:

а) інформування — пояснення та донесення потрібної інформації про психічне здоров'я; можливі варіанти психічних розладів, їх причини, прояви та наслідки; способи та варіанти допомоги;

б) забезпечення психосоціальної підтримки — надання можливості в безпечних умовах поділитись власним психотравматичним досвідом, отримати взаєморозуміння та підтримку;

в) аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування;

г) опанування навичок емоційної регуляції, способів самопомоги та аналізу власного психоемоційного стану (практики «майндфулнес», чутливості, турботи та піклування про себе);

д) розширення міжособистісної чутливості з питань психічного реагування в міжособистісній взаємодії (зниження рівня стресу під час спілкування);

е) виявлення внутрішніх ресурсів для подолання наслідків пережитих подій та труднощів.

Запропонована психоосвітня програма передбачає груповий формат проведення, в якому зустрічі (заняття) побудовані за принципом тематичного семінару з елементами соціально-психологічного тренінгу. Рекомендовано закритий тип групи у кількості 10—15 учасників з фіксованою датою початку і завершення навчального курсу. Періодичність проведення занять — 1—2 рази на тиждень, тривалістю 1,5 години. Заняття ведуть два ведучих — лікар-психіатр та психолог.

Формують групи за принципом обов'язкової присутності осіб з різними варіантами психічної адаптації, тобто без проявів психічних розладів (як мінімум одна особа), з різними варіантами психічних порушень та представників групи ризику з наявними поодинокими симптомами, що дає змогу представити в групі різні моделі поведінки з обов'язковим прикладом адаптивної поведінки.

Зміст кожного заняття передбачає певну тему, що обговорюють в групі, психосоціальні вправи, моніторинг та аналіз поведінки учасників. Використовують модель інтерактивного навчання, коли

засвоєння інформації відбувається під час обговорення та спілкування між учасниками.

Психоосвітня програма має в своєму складі 5 тематичних сесій (занять), що в змістовному плані охоплюють такі теми:

— особливості функціонування психіки в стресових умовах (нейробиологія стресу, варіанти психічної дезадаптації, модель діатез-стрес-вразливості в формуванні та загостренні психічних розладів);

— симптоми найпоширеніших психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб (ПТСР, тривожні та депресивні розлади): характеристики, маркери небезпеки (у ВПО та оточення), наслідки, можливості подолання та лікування (методи лікування та заклади з надання допомоги). Особливу увагу надають аналізу так званих «червоних прапорців» — маркерів небезпеки;

— регуляторна поведінка. Профілактика психічних порушень (як запобігти їх формуванню). Способи самопомоги та аналізу власного психоемоційного стану: практики «майндфулнес», чутливості, турботи та піклування про себе, режим сну (не менш як 7—8 годин), фізичне навантаження. Опрацьовують можливі варіанти, складають план їх реалізації;

— зниження рівня стресу в стосунках. Піклування про оточення (як діяти в умовах психічного розладу у близької людини). Обговорюють труднощі, що виникають (віддалення та відгородженість, нездатність або неадекватність проявів емоцій, їх надмірна інтенсивність) та потребу ототожнити ці прояви з психічним розладом, а не особисто з собою та ставленням до себе. Опрацювання навичок Я-повідомлень. Уникання осудження та опису фактів. Практики «подяки». Сімейні ритуали та традиції;

— ресурси подолання. Пошук ресурсів, які дають змогу подолати психічні розлади, є завершальним етапом роботи. Це можуть бути стосунки, духовність, спогади, мрії, спорт, медитація, творчість. З цією метою використовують ресурсні вправи — це позитивна уява, розмова з наставником, пошук безпечного місця, ресурсні історії, втілення ресурсу в символ, який можна взяти з собою, так звані обереги.

Окрім змістовної (тематичної) частини занять окрему увагу надають психосоціальній підтримці. В групі створюють атмосферу взаєморозуміння та підтримки, що дає змогу розкритись, виявити та опрацювати власні травматичні спогади, побоювання, агресивні почуття.

Запропонована програма забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний

аспекти функціонування особистості. Реалізація програми забезпечує формування обізнаності, поінформованості та розуміння характеру та особливостей психопатологічних розладів, дає змогу сформувати навички самоаналізу та самоконтролю власного психоемоційного стану, розуміння та розпізнавання небезпеки в психологічному стані членів своєї родини та оточення; та надає ресурси щодо зміни особистісного та сімейного функціонування задля профілактики психопатологічних порушень.

10.4. Комплексна програма психокорекції психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб

З метою вчасної психокорекції психопатологічних порушень у ВПО, з урахуванням специфіки їх клініко-психопатологічного стану та психологічних особливостей, розроблено комплексну програму психокорекції психічних порушень (ПППП), що спрямована на запобігання хроніфікації у ВПО психічних порушень. ВПО, які звертаються по медичну допомогу, відрізняються зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірною вираженістю депресії та високими показниками тривоги, що є цілями психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО.

Завдання ПППП:

- підвищення життєстійкості та опірності стресовим чинникам;
- розширення спектра копінг-стратегій;
- формування навичок використання адаптивних копінгів;
- зниження тривоги та депресії;
- аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування;
- виявлення внутрішніх ресурсів для подолання пережитих подій та труднощів.

ПППП поєднує тренінги життєстійкості та ефективних копінг-стратегій.

Тренінг ефективних копінг-стратегій у ВПО проводять з метою актуалізації адаптивних копінг-стратегій, підвищення стійкості пацієнтів до стресових впливів та створення альтернативних форм поведінки для оцінки безпосередньої реакції на подію. Тренінг також сприяє формуванню навичок соціальної компетентності. Тренінгова програма має в своєму складі 6 етапів.

1 етап (введення в тренінг) — метою цього етапу є розширення знань щодо копінг-поведінки, ознак її ефективності, когнітивно-сміслових

бар'єрів використання конструктивних (ефективних) стратегій. Також під час цього етапу формується розуміння зв'язку між суб'єктивними установками, репрезентацією важких ситуацій і особливостями поведінки в них. Крім того, проводять формування обізнаності щодо засобів подолання проблемних ситуацій. Мета етапу досягається засобами міні-лекцій, дискусій.

Метою 2-го етапу (оцінка важких ситуацій) стало підвищення мотивації щодо вдосконалення стрес-долаючої поведінки та усвідомлення індивідуальних відмінностей в суб'єктивних образах і інтерпретаціях, усвідомлення репертуару копінг-поведінки, а також з'ясування рівня домагань, уявлень про «Я-концепції», актуальних смислів особистості. Мети досягають за допомогою групового обговорення, персональних письмових завдань, проєктивних тестів (малюнків), вправ на розвиток мотивації щодо вдосконалення копінг-поведінки, групового підбиття підсумків щодо «психологічної вигоди» від оволодіння новими конструктивними копінг-стратегіями для особистого, сімейного життя, здоров'я і професійної діяльності.

3 етап (роль особистості) спрямований на усвідомлення важливості суб'єктивних характеристик для подолання важких ситуацій, оцінювання ролі особистості й стресогенних ситуацій у виборі стратегій копінг-поведінки з метою розширення уявлень про особистісно-ситуаційний контекст копінг-поведінки. Досягають аналізом копінг-поведінки в іграх.

В процесі 4-го етапу (робота зі смислами) досягають мети, спрямованої на усвідомлення цілей та факторів привабливості життя. Використовують вправи, спрямовані на усвідомлення справжніх і несправжніх смислів життя; обговорюють важливість визначення мети для побудови усвідомлених стратегій життєвого розвитку. Досягають завдяки широкому спектру методів активного зворотного зв'язку щодо поведінки в ситуаціях, що моделюють типові дії, активізації відповідальності і гнучкості копінг-поведінки, адекватних об'єктивним характеристикам ситуації. За допомогою дискусій і рольових ігор підвищують усвідомленість переваг нових способів подолання для підвищення задоволеності якістю життя.

5 етап (ресурси копінг-поведінки) — метою цього етапу є пошук та усвідомлення ресурсної бази учасників: аналіз наявних ресурсів стресостійкості, що допомагають в індивідуальному плануванні і проєктуванні стратегій поведінки в широкому діапазоні життєвих ситуацій. Здійснюють за допомогою розширення простору цілей, навчання принципам і критеріям ефективного цілеутворення,

обговорення стратегій долаючої поведінки, що сприяють їх досягненню.

6 етап (бар'єри самозміни) — спрямований на активізацію раціонального мислення і конструктивної копінг-поведінки. Обговорюють особисті бар'єри і труднощі реалізації конструктивних копінг-стратегій в житті. Використовують техніки когнітивного переструктурування для виправлення ірраціональних переконань, поглиблення розуміння глибинних причинно-наслідкових зв'язків між суб'єктивно-нормативним баченням ситуації і мобілізацією ресурсів копінг-поведінки.

Тривалість тренінгу ефективних копінг-стратегій становить 24 години — 6 занять по 4 години. Заняття проводять 2 рази на тиждень.

Тренінг «Життєстійкість» спрямований на підвищення рівня життєстійкості завдяки реалізації таких завдань: а) формування у учасників ставлення до життя як цінності; б) розвиток та підтримка позитивної самосвідомості і самооцінки; в) формування адекватної оцінної діяльності; г) навчання навичкам конструктивної взаємодії; д) усвідомлення і структурування власних ресурсів стресостійкості; е) оволодіння засобами емоційної саморегуляції.

Тренінг життєстійкості ґрунтується на припущенні, що життєстійкість не є вродженою якістю, а формується протягом життя. Це — система переконань, яка можна бути розвивати. У тренінгу використовують такі техніки:

1) Реконструкція ситуацій. Під час використання цієї техніки акцент роблять на уяву і розв'язання проблеми. Визначають ситуації, що сприймаються як стресові; стресові обставини розглядають в розширеній перспективі. У рамках реконструкції ситуацій використовують уяву кращих і гірших альтернатив ситуації.

2) Фокусування. Застосовують в разі неможливості прямої трансформації стресових обставин. Техніка являє собою пошук погано усвідомлюваних емоційних реакцій (які перешкоджають прийняттю рішення) через звернення до «внутрішнього змісту». Метою є емоціональний інсайт, що сприяє перетворенню стресових ситуацій на можливість.

3) Компенсаторне самовдосконалення. Якщо ситуацію не можна трансформувати, роблять акцент на іншій проблемі, яка якимось пов'язана з цією. Її розв'язання спонукає людину надавати увагу тому, що можна змінити (бо неможливо контролювати все).

4) Усвідомлення ресурсів стресостійкості. Техніка спрямована на інформування учасників про вплив стресу на тіло і психіку людини.

Учасників ознайомлюють з найважливішими поняттями теорії стресу: стресор, адаптивний синдром, фрустрація, психосоматичні захворювання. Після надання тренером цієї інформації зміст кожного з цих понять обговорюють в процесі виконання вправ або у формі групових тематичних дискусій. В результаті такої роботи учасники навчаються відстежувати ознаки стресу і його наслідки у себе та інших людей та починають усвідомлювати вплив цих стресорів, з тим щоб в подальшому контролювати власну поведінку в ситуації стресу.

5) Навчання навичкам саморегуляції власного стану, до яких належать вміння застосовувати техніки релаксації, моніторинг власного фізичного стану, вміння регулювати дихання, володіння окремими техніками медитації і візуалізації.

Тривалість тренінгу життєстійкості становить 28 годин — 7 занять по 4 години. Заняття проводять 2 рази на тиждень.

Запропонована програма психокорекції психічних порушень забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти функціонування особистості. Реалізація програми забезпечує формування навичок самоаналізу та самоконтролю власного психоемоційного стану; дає змогу розширити діапазон використання адаптивних копінг-стратегій; надає ресурси щодо зміни особистісного та сімейного функціонування задля профілактики психопатологічних порушень.

Запитання для контролю знань

1. Епідеміологія психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.
2. Фактори ризику розвитку психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб.
3. Принципи лікування психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.
4. Особливості реабілітації та профілактики психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.
5. Комплексна програма психокорекції психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб.

Список використаної літератури

1. Frankova I. Поширеність психічних розладів серед вимушених переселенців: Короткий огляд матеріалів 25-го конгресу Європейської психіатричної асоціації // PMGP [інтернет]. 2017. Т. 2, № 3. e020371. URI: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/71>.

2. Рингач Н. О. Міграція та громадське здоров'я: міжнародне бачення і українські реалії у контексті національної безпеки // Науковий часопис Академії національної безпеки. 2018. Вип. 3/4 (19/20). С. 111—126.

3. Zimmerman C., Kiss L., Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making // PLoS medicine. 2011. No. 8(5). P. e1001034. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>. URI: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001034>.

4. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.

5. McEwen B. S., Gray J. D., Nasca C. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain // Neurobiology of Stress. 2015. Vol. 1. P. 1—11. DOI: [10.1016/j.ynstr.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.09.001).

6. Pover y, migration and mental health / Kluge U., Rapp M. A., Mehran N. [et al.] // Nervenarzt. 2019. Vol. 90. No. 11. P. 1103—1108. DOI: [10.1007/s00115-019-00790-2](https://doi.org/10.1007/s00115-019-00790-2).

7. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study / [Chen, W., Hall, B. J., Ling, L., Renzaho A.] // The Lancet Psychiatry. 2017. Vol. 4, No. 3. P. 218—229. DOI: [10.1016/S2215-0366\(17\)30032-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30032-9).

8. Giacco, D., Laxhman, N., Priebe, S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees // Seminars in Cell & Developmental Biology. 2018. Vol. 77. P. 144—152. DOI: [10.1016/j.semcd.2017.11.030](https://doi.org/10.1016/j.semcd.2017.11.030).

Розділ 11.

Клініко-психологічні аспекти сімейного насильства

Добре відомо, що проблема насильства в сім'ї існувала завжди, але тільки останнім часом на неї звернули серйозну увагу. Проблему насильства в сім'ї поступово стали обговорювати, переважно, завдяки зусиллям неурядових жіночих організацій, фахівців в галузі гендерних досліджень і соціальних працівників. Під тиском громадськості почалося державне субсидування кризових центрів і притулків для жінок, які пережили насильство. 1999 року Генеральна асамблея ООН оголосила 25 листопада Міжнародним днем боротьби за ліквідацію насильства щодо жінок.

За останніх десятиліть насильство в сім'ї в його різних формах набуло таких масштабів і глибини, що становлять загрозу безпеці суспільства й особистості в сучасному світі. Насильство між близькими людьми як частий атрибут сімейного життя має давню історію і існує стільки, скільки існує людство. Сьогодні досить актуальним є медичний аспект цього складного феномена, пов'язаний з впливом сімейного насильства на нервово-психічний стан жертв насильства. Тут потрібно відзначити провідну роль сімейних взаємин у формуванні патогенних ситуацій і психічних порушень, оскільки саме внутрішньосімейні взаємодії зазвичай виступають в ролі найбільш значущих і важливих складників для особистості.

Будь-яке насильство над особистістю слід розглядати як найсильнішу психотравматичну подію, що порушує баланс між внутрішніми адаптаційними механізмами і зовнішнім світом, що може спричинити безліч різних за ступенем тяжкості і глибиною емоційних порушень. Психопатологічні розлади, що розглядають як наслідок сімейного насильства, також здатні істотно погіршити якість життя людей, що від нього потерпають. Сьогодні ми чітко спостерігаємо ознаки глобальної соціально-сімейної кризи, яка полягає в зміні шлюбно-сімейної ідеології, розподілу ролей в сім'ї, поглядів чоловіків і жінок

на сімейне життя, подружню вірність, характер стосунків між різними поколіннями. Зовсім не всі сім'ї здатні подолати труднощі і суперечності, що виникають. Це призводить до підвищення загального емоційного напруження, тривожності, агресивності, що в свою чергу спричиняє почастищення конфліктних ситуацій і сприяє появі насильства в сім'ї.

Однією з найменш вивчених і найбільш важких форм міжособистісного насильства між членами однієї сім'ї або людьми, що перебувають в інших інтимних взаєминах, є проблема психологічного насильства в сім'ї. Відомо, що на підґрунті цього виду насильства виникають інші його форми, а саме — фізичне та сексуальне насильство. Довготривалі несприятливі сімейні обставини спричиняють важкі психологічні травми, згубно впливають на всіх членів сім'ї, зокрема і дітей, не тільки коли вони є об'єктами насильства, а й є його свідками, що призводить до формування особистісних деформацій і подальших відхилень у поведінці. Взаємини між батьками є для дітей наочним прикладом, який порушує базові принципи організації внутрішньосімейного життя. Таким способом у дитини формується модель стилю життя, для якого насильство стає нормою. За даними ВООЗ, понад чверть дітей і підлітків в Європейському регіоні щороку піддаються різним формам насильства: від фізичного і сексуального — до психологічного. Навіть третина з них страждають від психологічного насильства, майже 23 % — від фізичного, а більше ніж 9 % піддаються сексуальному насильству. Більш того, 700 неповнолітніх щороку стають жертвами вбивств.

Є три основних підходи до розуміння етіології внутрішньосімейного насильства, які можуть бути згруповані на трьох рівнях: біологічний рівень, що охоплює індивідуальні характеристики агресора і жертви; внутрішньосімейний рівень; зовнішній рівень.

В рамках теорій індивідуального рівня вважається, що особистісні особистості, генетичні предиспозиції, можлива психопатологія тощо можуть зумовлювати виникнення насильства (теорія біологічного детермінізму, теорія психопатології тощо). На мікросоціальному рівні на перший план висувають особливості динаміки сімейного життя та внутрішньосімейної взаємодії (теорія конфліктів, теорії соціалізації та соціального навчання), які можуть сприяти виникненню насильства. На думку прихильників теорій макросоціуму, рівень сімейного насильства безпосередньо залежить від ставлення до цього негативного явища у суспільстві, культурно-історичних уявлень про насильство у приватних взаєминах із негативним ставленням

до втручання в інтимні стосунки з боку держави та суспільства; від того, що немає реальних механізмів врегулювання проблеми насильства; від наявних соціально-економічних проблем у суспільстві; ставлення до чоловіка як до головнішого в ієрархії сімейних взаємин.

Насильство в сім'ї — глобальна загальносвітова проблема, для якої немає культурних, географічних, релігійних, соціальних і економічних кордонів. Різні види насильства є досить поширеними в усьому світі незалежно від віку і національності. Подружнє насильство не має жодних освітніх, расових або етнічних кордонів. Воно може відбуватися в сім'ях усіх верств суспільства. Уявлення про те, що насильство є тільки в соціально неблагополучних сім'ях, сучасні дослідники вважають необґрунтованим міфом суспільної свідомості. Це підтверджує не менш тривожна європейська статистика. Зокрема, у Франції, за офіційними даними, кожні три дні жінка помирає внаслідок домашнього насильства. Результати проведених опитувань показують, що загалом різні випадки насильства (фізичного, сексуального, психологічного) в країні залишаються недостатньо відомими і, як наслідок, недооціненими.

Опитування, проведені протягом останніх 10 років серед жертв насильства, свідчать про глобальний масштаб і складність цієї проблеми. Як відомо з доповіді ООН від 25 листопада 2019 року, насильство щодо жінок, особливо з боку інтимного партнера, і сексуальне насильство над жінками є серйозною проблемою громадської охорони здоров'я і порушенням прав людини. За оцінками, більше третини жінок (35 %) в усьому світу хоч раз в житті зазнавали насильства, зокрема і сексуального. У деяких країнах показники насильства з боку чоловіка або партнера сягають 70 %, а вбивства жінок, скоєні близькими людьми, становлять 58 % із загальної кількості.

Не буде зайвим згадати про матеріальні витрати в результаті домашнього насильства. Зокрема, за даними Фонду ООН в сфері народонаселення за 2016—2017 роки, через наслідки насильства жінки втрачають \$190 мільйонів на рік. У розрахунку на одну жінку — це понад \$1,2 тис. на рік або близько \$200 на місяць. Ці витрати охоплюють збитки від втрати або пошкодження майна внаслідок фізичного або сексуального насильства, втрати заробітку, витрати на оренду житла і переїзд, на медичні послуги, юридичні і психологічні консультації тощо. На лікування та підтримку дітей, що постраждали від насильства, тільки держави Європейського регіону щорічно витрачають €581 млрд.

Генеральний секретар ООН Antonio Guterres відзначає, що сексуальні злочини належать до найбільш жакливих, глибоко укорієних і вельми пошиєних видів порушення прав людини в усьому світі і вони негайно мають бути припинені. За даними Організації економічного співробітництва і розвитку до 2019 року, законодавство жодної з країн світу не захищає повною мірою жінок від домашнього насильства, а в деяких державах воно взагалі не є злочином (Екваторіальна Гвінея, Росія). Понад 80 % жінок в Афганістані віком до 50 років допускають сімейне насильство, в Гвінеї — 92 % (табл. 11.1). Найбільш врегульованим з точки зору захисту від різних форм домашнього насильства порівняно з іншими країнами є законодавство Австрії, Греції, Ірландії та Португалії. В Мальті домашнє насильство є абсолютно неприєнятним.

Таблиця 11.1. Пошиєреність домашнього насильства та ступінь законодавчого захисту від домашнього насильства в світі

Країна	Показник	Ступінь законодавчого захисту від домашнього насильства, %	Частка жінок (%) віком 15—49 років, які виправдовують насильство в сім'ї в окремих випадках	Частка жінок (%), які хоча б раз у житті зазнавали фізичного та/або сексуального насильства в сім'ї
Німеччина		25,0	19,6	22,0
Норвегія		75,0	9,9	27,0
Швейцарія		25,0	15,2	9,9
Велика Британія		25,0	10,2	29,0
США		50,0	11,0	35,6
Мальта		75,0	0,0	15,0
Афганістан		25,0	80,2	27,0 / 60,8
Пакистан		50,0	42,2	85,0
Росія		0 (Декриміналізовано)	23,3	19,6
Гвінея		25,0	92,1	80,0
Україна		25,0	2,9	13,2

Примітка. Найменшу кількість жінок, які хоча б раз відчували будь-яку форму домашнього насильства, зазначено в Канаді (1,9 %), найбільшу — в Пакистані (85 %)

Ця проблема не оминула й Україну. Міжнародний дослідницький центр «Інститут економіки і миру» опублікував рейтинг країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2016 рік. Глобальний індекс миру вимірювали для 163 країн, використавши 23 кількієних і якієних показники. Найбільш мирною у світі країною визначено Ісландію, друге місце посідає Данія, Австралія — на третьому місці. Із одинадцяти країн світу з високим рівнем безпеки дев'ять розташовані в Європі. Індекс у черговий раз визначив Європу самим мирним регіоном світу. Україна 2016 року, нарівні з Сирією, Південним Суданом, Єменом, Іраком, Афганістаном, Сомалі та іншими, потрапила в десятку найбільш небезпечних країн світу (8-е місце) і посіла 156 місце в загальному рейтингу мирних країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2016 рік.

За статистикою, яку оприлюднили під час голосування за Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству», понад три мільйони дітей в Україні щороку є свідками актів насильства у сім'ї або їхніми вимуєними учасниками, а майже 70 % жінок піддаються різним формам знущань і приниєнь. Щороку близько 1500 жінок помирають від рук власних чоловіків, і ця тенденція збільшується за останні три роки. Діти скривджених матерів у 6 разів більш схильні до суїциду, а 50 % — до зловживань наркотиками. Майже 100 % матерів, які зазнали насильства, народили хворих дітей — переважно з неврозами, заїканням, енурезом, церебральним паралічем, порушеннями психіки. Домашнє насильство в Україні — причина 100 тисяч днів госпіталізації, 30 тисяч звернень до відділів травматології, 40 тисяч викликів лікарів на рік. Водночас, лише 10 % постраждалих звертаються по допомогу. Адає донині багато хто вважає такі стосунки «нормальними». Розрахунки, проведені Інститутом демографії і соціальних досліджень на замовлення Фонду народонаселення ООН, свідчать про те, що щороку 1,1 млн українок стикаються з фізичною та сексуальною агресією в сім'ї, і більшість з них — мовчать. 7 січня 2018 року набув чинності Закон України № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству». Закон визначає організаційно-правові засади запобігання та протидії домашньому насильству, основні напрями реалізації державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, спрямовані на запобігання та своєчасне виявлення домашнього насильства, надання допомоги та захисту постраждалим особам.

Незважаючи на те, що тему насильства активно вивчають вже більше трьох десятиліть, досі немає чіткого уявлення про те, що вважати

насильством. По-перше треба розглянути основні особливості насильства. Одна з найважливіших особливостей домашнього насильства полягає в тому, що воно має циклічний характер, або «паттерн» різних видів насилля (фізичного, психологічного, сексуального та економічного). Саме цей паттерн відрізняє «домашнє насильство» від «конфлікту». Крім того, підґрунтям конфлікту є проблема, яку можна розв'язати. У ситуації ж насильства в сім'ї одна людина постійно контролює іншу людину із застосуванням сили, що призводить до негативних наслідків у вигляді психологічних та фізичних травм. Теорія циклічного характеру домашнього насильства розроблена Lenore Walker (1979). Перший етап характеризується наростанням напруження в сім'ї у вигляді порушення у спілкуванні, невдоволення взаєминами тощо. На другому етапі відбувається інцидент із діями насильницького характеру, що може містити фізичні, психологічні або інші впливи, які виявляються звинуваченнями та погрозами. Далі настає третій етап, примирення, із вибаченнями та виправданнями, частим перекладанням вини на потерпілого та зменшенням значущості того, що сталося. Четвертим етапом є «медовий місяць», коли образи забуваються та настає спокій. Після «медового місяця» цикл повторюється. Поступово кожна фаза стає коротшою, інциденти завдають більше шкоди. Насильство стає стандартною моделлю поведінки. Формується порочне коло, яке потерпілий не здатний розірвати. Друга важлива особливість домашнього насильства, яка істотно посилює психологічну травму, полягає в тому, що кривдник і потерпілий — близькі люди. На відміну від злочину, вчиненого незнайомою людиною, домашнє насильство виходить від чоловіка або партнера, колишнього чоловіка, батьків, дітей, інших родичів, нареченого тощо.

Отже, домашнє насильство — це систематично повторювані акти фізичного, психологічного, сексуального, економічного впливу на близьких людей, які вчиняють проти їх волі з метою отримання влади і контролю над ними. Треба зазначити і третю принципову особливість домашнього насильства. Вона полягає в тому, що домашнє насильство має ґендерну основу. Саме тому найчастіше жертвами домашнього насильства стають жінки та діти. Однак, незважаючи на свідчення статистики, що насильство над жінками — більш поширене явище, все ж деякі дружини можуть становити серйозну реальну загрозу для їхніх чоловіків.

Згідно з дослідженнями, що були проведені у різних країнах світу, розрізняють такі види домашнього насильства: психологічне,

фізичне, сексуальне й економічне. В структурі психологічного насильства завжди є елемент примусу. Зокрема, психологічне насильство — це повторюваний у часі примусовий вплив на опонента, який спрямований на знищення самоповаги, зниження самооцінки та здійснюється за допомогою таких засобів: приниження честі і гідності, залякування, цькування, умисна неувага, ігнорування, постійний посилений контроль, домінування різних, досить небезпечних і витончених маніпуляцій, завдяки яким людина здійснює наміри, що не збігаються з її бажаннями, і що звісно призводить до виникнення психологічної травми, тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу. Стосовно структури психологічного насильства можна відзначити, що найбільш поширеними видами психологічного насильства є погроза нефізичного покарання, приниження та знецінення.

Треба наголосити, що чоловіки також істотно страждають від надмірного контролювання з боку дружини. Досить частими є прояви ревності, бажання керувати стосунками та часом чоловіка. Однією з найбільш поширених форм психологічного насильства з боку жінок є маніпуляція. Саме за допомогою маніпуляцій один партнер підкорює собі плани, бажання та почуття другого партнера, фактично, отримуючи над ним повний контроль. Зазвичай маніпулювання роблять прихованими засобами, за допомогою психологічних маневрів, що виражається у навмисному посиленні власної значущості, самосхваленні. Така поведінка провокує партнера, що може проявитися у спалахах роздратованості. Саме таку реакцію і очікують, саме її і використовують для подальшого приниження та формування у партнера відчуття провини. Взагалі, маніпулювання є досить небезпечним явищем, оскільки основною метою маніпулятора є підкорення волі партнера та бажання поставити його в залежне становище. Це роблять будь-якими засобами — специфічними висловлюваннями, шантажем, як би випадковими зауваженнями, обмовами, наклепами.

Фізичне насильство має на увазі дії або, навпаки, невчинення певних дій, що призводять, або можуть призвести до втрати здоров'я (аж до втрати життя), порушення розвитку, схилення до вживання небезпечних речовин, що здійснюють під тиском, із застосуванням фізичної сили, погроз, заподіяння сильного болю. Сексуальне насильство має на увазі здійснення статевого акту без бажання другої сторони (сексуальним об'єктом може бути також дитина), із застосуванням залякування, побиття та насильства. Дуже часто таке може

відбуватися у збоченій, неприпустимій формі. І нарешті, економічне насильство — така форма насильства, яка стосується умисного позбавлення людини коштів чи документів або можливостей користуватися матеріальними засобами для придбання їжі, ліків, предметів першої потреби, залишення без догляду чи піклування, заборони працювати, навчатися або примушування до праці та передбачає постійний контроль.

Розглядаючи типові ознаки агресора, що схильний до психологічного насильства, можна виокремити такі: тенденція до звинувачення всіх, крім себе у виникненні проблем; нездатність до розуміння та прийняття інших людей; нав'язування «традиційних» рольових стереотипів у взаєминах і відстоювання їх навіть з позиції сили; тенденція до встановлення тотального контролю над жертвою; травматичний досвід дитинства, з якого випливає, що розв'язання проблемних ситуацій може бути більш ефективним із застосуванням насильницьких методів, тенденція до відтворення побачених у батьківських родин засобів вирішення питань. Зрозуміло, що передача схильності до насильства від одного покоління до другого має складніший механізм ніж просте наслідування, але цілком зрозуміло, що цей механізм працює.

До загальних характеристик жертв насильства належать такі: низька самооцінка; почуття провини та ігнорування почуття гніву до кривдника; традиційні уявлення про сім'ю та роль жінки у сім'ї і суспільстві; відчуття безпорадності; різноманітні психофізіологічні скарги; перебільшення ролі сексуальних взаємин у стабілізації сімейних стосунків та психологічна залежність від партнера.

Стати жертвою насильства означає пережити психологічну кризу. Така криза характеризується внутрішньою дезінтеграцією, яка зачіпає всі сфери психіки. Згідно з результатами чисельних досліджень, в умовах сімейного насильства жінки схильні використовувати практично всі механізми психологічного захисту для того, щоб вижити в несприятливих умовах, в яких вони перебувають, та які, з одного боку, захищають їх психіку, з другого боку, заважають жертвам насильства адекватно сприймати реальність та змінювати її, трансформують їхню особистість. Розрізняють такі особистісні порушення як наслідок сімейного насильства: емоційна холодність з відчуттям нездатності будувати чуттєві взаємини; відчуття постійного «комплексу жертви», який проявляється у безпорадності, відмові від відповідальності за будь-кого, зниженні психологічної самооцінки, а також у роз'єднанні з людьми; наполегливе бажання бути коханою,

яке поєднується із побоюваннями втратити об'єкт, від якого залежна, та невпевненість у собі; почуття парадоксальної любові, яка спрямована саме на кривдника, відданість йому, так званий «стокгольмський синдром». Жертва звичайно використовує незрілі механізми психологічного захисту (регресія), в неї послаблюється воля, знижуються когнітивні здібності.

Зосереджуючись на психологічних наслідках домашнього насильства, треба сказати, що традиційно їх поділяють на безпосередні (найближчі) та відстрочені. До безпосередніх психологічних наслідків належать такі прояви: почуття занепокоєння, страху, ізоляції, гніву, провини і сорому, відчуття зради. Жертва може брати відповідальність за ситуацію насильства на себе. Часто спостерігаються агресивність, порушення сну, апетиту, нездатність до повноцінної комунікативної діяльності. До пізніших (відстрочених) наслідків треба залічити втрату інтересу та довіри до світу, оточення, до себе самого, низьку самооцінку, невпевненість, схильність до усамітнення, пияцтва, відчуття провини, власної «зіпсованості», брак емоційного резонансу, втрату здатності до співчуття, жорстокість, труднощі у міжособистісних стосунках, соціальну ізоляцію, почуття фізичної і психічної втоми, психалгії, різноманітні психосоматичні й особистісні розлади та чисельні психопатологічні стани.

Серед психічних розладів треба виокремити такі: гостра реакція на стрес, розлади адаптації, тривожно-фобічні розлади, дисоціативні розлади, обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, тривожно-депресивні розлади, невротичні розлади особистості.

Потрібно відзначити, що невротичні розлади, які виникають внаслідок сімейного насильства, істотно погіршують якість життя жінки. Комплексні дослідження щодо жінок, які потерпають від насильства з боку чоловіка (співмешканця), демонструють майже у половині з них преневротичні (субклінічні) форми психічних порушень. Невротичні стани і невротичні розлади у жінок, що піддавалися домашньому насильству, виникають у разі поєднання соціально-демографічних, соціокультуральних чинників і індивідуально-типологічних особливостей. Преневротичні стани і невротичні розлади частіше виникають якщо є індивідуально-типологічні особливості, як-от сенситивний (40 %) і астено-невротичний (25 %) типи особистості. Невротичні розлади у жертв домашнього насильства спостерігаються майже у половині (рис. 11.1), що становить чималу частку з жінок, які зазнали насильства з боку подружжя (співмешканця).

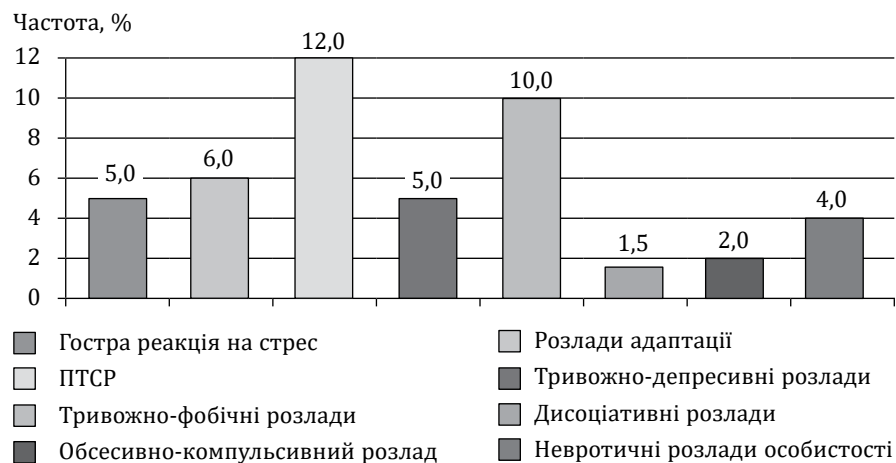


Рис. 11.1. Частота невротичних порушень серед жертв домашнього насильства

В сучасній літературі у розвитку депресії у жінок істотну роль відводять ситуації домашнього насильства (фізичного, сексуального, психологічного, емоційного), що виникає вдвічі частіше, ніж у загальній популяції. Під впливом тривалих психотравматичних переживань можуть підвищуватися афективне напруження, пригніченість, порушення сну, збільшуватися втомлюваність, прояви дратівливої слабкості. Такий перебіг (на невротичному рівні) розцінюють як легкий депресивний епізод (F32.0). З посиленням депресії, коли виникають чималі труднощі у виконанні домашніх, соціальних і професійних обов'язків, стан жінок визначають як помірний депресивний епізод (F32.1). Розвитку та поглибленню депресивного стану сприяє приєднання додаткових соматогенних чинників, які пов'язані із вегетативно-ендокринними порушеннями у організмі жінки. Такі прояви депресії лікарі розцінюють вже як тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2). На фоні неухильного підвищення депресивного афекту під впливом додаткових травматичних чинників може виникати гострий депресивний психотичний стан, тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами (F32.3). Саме в таких станах можуть спостерігатися агресивні дії щодо дітей. Другий варіант розвитку може мати перебіг за типом короткочасних психотичних станів з порушенням свідомості, що виникають за механізмом «короткого замикання». В цих випадках важливу роль відіграє фактор, що веде до астенії, а також наявні остаточної прояви після повторних черепно-мозкових травм, що були отримані внаслідок побоїв чоловіка. Агресивні дії, що здійснюють жінки

у цих випадках, спрямовані безпосередньо на кривдників, винуватців психотравматичних переживань. Отже, взаємодія соматогенного і ситуативно-психогенного факторів сприяє розвитку і поглибленню депресивних станів, що виникли психогенно, та характеризуються етапною прогресивною динамікою, яка відображає поглиблення депресії та ускладнення психопатологічних синдромів — невротичного, гострого психотичного, що завершуються агресивними діями.

Суттєвою особливістю, що характеризує аутоагресивну поведінку, є багаторазове повторювання самодеструктивних дій, що здійснюють таємно. Стіяка аутоагресивна поведінка формується на фоні довготривалих та надзвичайно значущих для хворого психотравматичних ситуацій, що спричинені зокрема й домашнім насильством. У 50—70 % випадків у пацієнтів с ексцоріаціями діагностують психічні розлади (велика депресія, дистимія), у 40—65 % — тривожні розлади (фобії; обсесивно-компульсивний чи посттравматичний стресовий розлад, панічні розлади, генералізований тривожний розлад).

Зміни, внесені в останню редакцію DSM, а також реформа МКХ спричинили в професійному співтоваристві дискусії з низки запропонованих нововведень. Одним з них стала поява в номенклатурі DSM-5 діагностичної категорії «несуїцидальні самоушкодження». Основні критерії цього розладу передбачають акти самоушкодження поверхні тіла, які здатні привести до кровотечі, синців або спричинити біль (тобто нанесення порізів, припікання, уколи, удари, сильне тертя), та скоєні індивідом навмисно, проте очікувану фізичну шкоду оцінюють як невелику або помірну (тобто немає суїцидальної мети). Метою таких самоушкоджень є отримання полегшення від негативних почуттів або думок, вирішення міжособистісних труднощів або викликання позитивних почуттів. Саме ці клінічні прояви часто спостерігаються у дітей та підлітків, що страждають від сімейного насильства.

Окрім широкого спектра психічних порушень серед жертв сімейного насильства виокремлюють низку соматичних наслідків, які спричиненні як короткочасним, так і довготривалим фізичним впливом агресора, та мають властивість зберігатися тривалий час після періоду жорстокого поводження. Саме фізичні та сексуальні форми домашнього насильства, нехтування фізичними потребами членів сім'ї спричиняють механічні пошкодження, травматичні пошкодження внутрішніх органів, розвиток хронічних соматичних патологій, інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом. Поширеність пацієнтів, що зазнають домашнього насильства, серед загальної вибірки пацієнтів первинної медико-санітарної допомоги становить

приблизно 30—40 %. Усі форми домашнього насильства є фактором ризику розвитку хронічного головного болю, разом з трансформованою мігренню, який не залежить від депресії або тривоги. Зокрема, жертви домашнього насильства частіше звертаються по допомогу до сімейних лікарів, невропатологів, кардіологів, гастроентерологів, ендокринологів та пульмонологів.

У дітей, які піддавалися фізичному насильству, при рентгенологічному обстеженні апендикулярного скелета (плечових кісток, передплічч, рук, стегон, гомілок і стоп) та осового скелета (грудної клітини, таза, попереково-крижового і шийного відділів хребта, черепа) виявляють скелетні ознаки попередніх кісткових ушкоджень: переломи на різних стадіях загоєння або субперіостальні валики на довгих кістках. У більшості дітей, що живуть в сім'ях, в яких фізичне покарання, вербальна агресія щодо дитини є «методами виховання», або в сім'ях, де вони позбавлені тепла, уваги (наприклад, в сім'ях батьків-алкоголіків), спостерігаються ознаки затримки фізичного і нервово-психічного розвитку.

І нарешті, не можна не загострити увагу на тому, що у більшості країн світу карантин з приводу пандемії COVID-19 призвів до спалаху домашнього насильства (рис. 11.2): наприклад, у Китаї відзначено збільшення звернень з приводу домашнього насильства втричі, кількість розлучень збільшилась на 25 %, у Туреччині кількість звернень збільшилась вдвічі, у Тунісі — уп'ятеро, у Гренландії зафіксовано збільшення кількості випадків насильства над дітьми через вживання алкоголю, у зв'язку з чим продаж алкогольних напоїв було заборонено. У Австралії — збільшення запитів про допомогу в Google на 75 %, у Ізраїлі наповненість шелтерів (притулків) сягає понад 90 %. І це — тільки деякі дані, які далеко не відбивають масштабів проблеми.

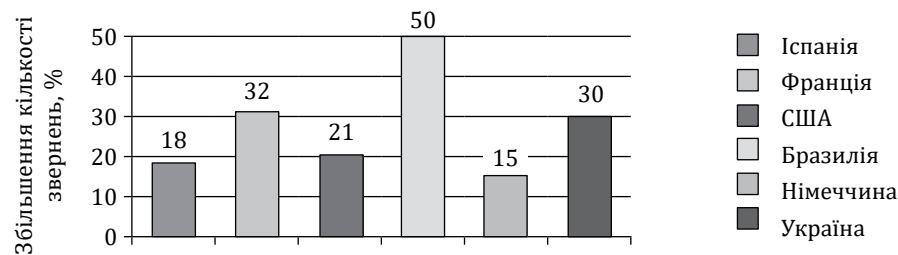


Рис. 11.2. Графічне відображення збільшення звернень з приводу домашнього насильства за період карантину

У ВООЗ стурбовані у зв'язку із повідомленнями про збільшення насильства в країнах Європейського регіону (в середньому на 30 %). На брифінгу для преси доктор Hans Kluge, директор Європейського регіонального бюро ВООЗ, заявив про оцінки Фонду ООН в сфері народонаселення (United Nations Population Fund: UNFPA), згідно з якими 6 місяців карантину приведуть до 31 млн нових випадків гендерного насильства. Він наголосив, що будь-який прояв насильства — неприпустимий і звернувся до урядів, місцевих влад та населення із закликом, що містив вимоги до влад країн щодо забезпечення допомоги і підтримки постраждалим, до небайдужості до проблем усіх членів суспільства, а також до самих постраждалих із закликом звертатися по допомогу.

Отже, сьогодні доводиться констатувати, що проблема домашнього насильства, незважаючи на її актуальність, досі не має єдиних теоретичних та дослідницьких засад її розв'язання. Треба наголосити, що для запобігання та своєчасного реагування на насильство повинні спільно і скоординовано працювати кілька секторів суспільства: охорони здоров'я, соціальні служби, система освіти, органи системи кримінальної юстиції, засоби масової інформації тощо. Гострота проблеми домашнього насильства диктує нагальну потребу розроблення програм превентивних заходів щодо запобігання насильства, що містили б освітні програми, заходи з раннього виявлення жертв домашнього насильства з урахуванням специфіки завдання. Також важливим й актуальним є розроблення комплексних лікувально-профілактичних та реабілітаційних програм для цієї групи населення.

Запитання для контролю знань

1. Що таке сімейне насильство та його основні особливості?
2. Які основні види насильства відомі?
3. Перелічіть фактори, що підвищують ризик виникнення домашнього насильства?
4. Опишіть психологічні наслідки домашнього насильства?
5. Охарактеризуйте термін несуйцидальні самоушкодження?

Список використаної літератури

1. Timshel I., Montgomery E., Dalgaard N. T. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families // Child Abuse & Neglect. 2017. Vol. 70. P. 315—330. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.06.023.
2. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran /

Ahmadzad-Asl M., Davoudi F., Zarei N. [et al.] // Arch Womens Ment Health. 2016. Vol. 19, No. 5. P. 861—869. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0626-4>.

3. За домашнє насильство — за ґрати: Як в Україні та світі борються зі знущанням у родині. URL: <http://biloteg.org.ua/wp-content/uploads/2020/01/Nasylstvo.pdf>.

4. Методичні рекомендації щодо запобігання та протидії насильству : Лист МОН від 18.05.2018 р. № 1/11-5480. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS30017>.

5. Герасименко Г. Гендерна рівність та відповідь на домашнє насильство в приватному секторі: заклик до дії. UNFPA Ukraine. 2019. 65 с. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/BADV2019>.

6. Про запобігання та протидію домашньому насильству : Закон України від 07.12.2017 р. № 2229-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. С. 35.

7. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis / Infurna M. R., Reichl C., Parzer P. [et al.] // J Affect Disorders. 2016. Vol. 190. P. 47—55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.006.

8. Остапчук С. В. Противодействие домашнему насилию : учеб.-метод. Комплекс. Новополоцк : Полоц. гос. ун-т, 2016. 120 с. URL: http://elib.psu.by:8080/bitstream/123456789/19903/1/УМК_Остапчук_2016.pdf.

9. Walker L. E. The battered woman. New York : Harper & Row, 1979. 376 p.

10. Brausch A. M., Muehlenkamp J. J., Washburn J. J. Nonsuicidal self-injury disorder: Does Criterion B add diagnostic utility? // Psychiatry research. 2016. Vol. 244. P. 179—184. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.025.

11. Report of the Secretary-General on the Work of the Organization (A/75/1, seventy-fifth session). Published by the United Nations. New York, 2020. 77 p. URL: <https://www.un.org/annualreport/index.html>.

Розділ 12.

Превенція суїцидальної поведінки

Частота самогубств є одним з найважливіших індикаторів громадського психічного здоров'я, соціального благополуччя та якості життя населення. Один із найважливіших розділів «Плану дій в галузі психічного здоров'я», ухваленого ВООЗ, присвячений профілактиці суїцидальної поведінки. Відповідно до «Плану», запобігання самогубств є одним із першочергових завдань охорони здоров'я в глобальному масштабі і в сфері державної політики країн. Кінцевим результатом наголошено зниження до 2020 року частоти самогубств у країнах світу на 10 %.

2019 року Всесвітній день психічного здоров'я був присвячений саме запобіганню суїцидів. За даними ВООЗ, кожні 40 секунд в світі стається чергове самогубство. Експерти ВООЗ вважають, що рівень зареєстрованих самогубств залишається заниженим приблизно на 20 %. Ще менш достовірні відомості про суїцидальні спроби. Співвідношення зареєстрованих суїцидальних спроб до незареєстрованих становить від 1 : 4 до 1 : 10.

У більшості країн світу самогубства є серед 10 провідних причин смерті в усіх вікових групах населення. У кожному регіоні світу є специфічні вікові і гендерні особливості суїцидальної поведінки в популяції. Самогубства належать до трьох основних причин смерті в групах населення віком від 15 до 34 років. В Європейському регіоні самогубство як причина смерті в цій віковій групі населення посідає друге місце (після нещасних випадків на транспорті) серед чоловіків та осіб обох статей і третє (після всіх видів раку і нещасних випадків на транспорті) — серед жінок. Тобто групи ризику — чоловіки та молодь.

Україна належить до країн з високою чоловічою суїцидальною смертністю. Серед причин високої суїцидальності чоловіків найбільш значущі — велика поширеність залежності від психоактивних

речовин (особливо алкоголю та його сурогатів) і виражена схильність до делінквентної та девіантної форм поведінки.

Крім цього, у чоловіків більш виражена уразливість до соціоекономічних криз, і в ситуаціях кардинальної зміни життя і світогляду вони частіше вдаються до непродуктивних поведінкових копінг-стратегій.

Під час аналізу динаміки чоловічих суїцидів за 35-річний період (1980—2015) чітко простежуються кореляції з соціоекономічною ситуацією в Україні. Періоди кризи відзначені істотним збільшенням кількості суїцидів саме в популяції чоловіків. Є гіпотеза, що так звана «фатальна тріада» соціоекономічних змін, що охоплює швидке зростання безробіття, нестабільність ринку праці та суттєве урізання соціальних витрат і програм, особливо негативно впливає на суїцидальну активність серед чоловічого населення.

За даними епідеміологічного дослідження в рамках програми ВООЗ «Психічне здоров'я у світі, 2000» (World Mental Health, 2000), були виявлені такі **фактори ризику суїцидальної поведінки** протягом життя для мешканців України:

Стать: жіноча.

Вік: до 35 років.

Попередні травматичні події.

Психічні розлади в анамнезі у батьків, особливо алкоголізм.

Місце проживання: не в Західному регіоні України.

Освіта: нижче вищої.

Сімейний стан: не перебувають у шлюбі.

Стан здоров'я: погане, і його погіршення протягом останнього року.

Суттєвими факторами ризику є алкогольна залежність, афективні та тривожні розлади.

Коморбідні розлади, що були в минулому, асоціюються з подальшою суїцидальністю. Супутня алкогольна залежність і експлозивний розлад ведуть до 10-кратного підвищення, супутні депресивні і тривожні розлади — до 7-кратного підвищення, а два і більше класів розладів — до 8-кратного підвищення ризику суїцидальних ідей. У 56,1 % респондентів з суїцидальними ідеями протягом життя відзначають психічні та поведінкові розлади (переважно алкогольна залежність, депресивні та тривожні розлади). У осіб без суїцидальних ідей — ці розлади спостерігаються удвічі рідше.

Виявлено також, що серед тих, хто мав суїцидальні наміри, лише 25,1 % (18,8 % — чоловіків і 28,0 % жінок) зверталися по медичну допомогу.

Під час вивчення взаємозв'язків між частотою самогубств в Україні та медичними, соціальними, економічними і демографічними чинниками виявлено низку факторів, які збільшують і які знижують ризику суїцидальної поведінки.

Кількість самогубств прямо пов'язана з *поширеністю алкоголізму і алкогольних психозів* як серед чоловіків, так і серед жінок. Зв'язки між суїцидальною смертністю і *наркоманією* — більш сильні серед жінок ніж серед чоловіків. Найкраще суб'єктивне сприйняття загального стану здоров'я пов'язано з нижчим рівнем самогубств в осіб обох статей.

Рівень релігійності виражено негативно корелює зі смертністю від суїцидів в Україні, і ця кореляція сильніша серед жіночого населення. Релігійність, відвідування релігійних заходів і належність до певної релігії прямо корелюють з нижчими показниками смертності від самогубств.

Більш високий *рівень освіти* і більша кількість років навчання так само зворотно корелюють з суїцидальною смертністю. Однак, ця кореляція слабка серед жіночого населення і більш виражена серед чоловіків.

Є так само зворотна кореляція між суїцидальною смертністю і *внутрішнім валовим продуктом* — слабка серед жінок і більш виражена серед чоловіків.

Пряма кореляція і серед чоловіків, і серед жінок є між рівнем суїцидальної смертності і часткою населення, що живе в містах.

12.1. Моделі суїцидальної поведінки

Нині єдиної теорії суїцидів — немає. Досі залишається відкритим питання про те, що є первинним: біологічні фактори (генетичні, нейрохімічні), психічні та поведінкові розлади, соціокультуральні чинники, непродуктивні поведінкові копінг-стратегії або широкий доступ до засобів здійснення самогубства.

Найважливішими концептуальними моделями суїцидальної поведінки, які можуть бути покладені в основу створення профілактичних програм, є медична, соціокультуральна й екологічна. Саме ці моделі ВООЗ пропонує використовувати під час створення профілактичних програм.

З позицій *медичної моделі* — суїцид є ознакою або наслідком захворювань (насамперед психічних та тяжких соматоневрологічних). Тому під час розроблення профілактичних програм треба зважати

на специфічну етіологію захворювання, психологічні особливості стану людини й умови навколишнього середовища. На цій концепції базується медична модель превенції, основними завданнями якої є консультування та медикаментозне і психотерапевтичне лікування, що знижують рівень аутоагресії.

Соціокультуральна модель самогубств орієнтована на теорії, відповідно до яких частота суїцидів в популяції визначається низкою соціальних чинників (стать, вік, етнічна належність, соціокультуральні фактори і соціально-стресові події, сімейний стан, зайнятість, міграція тощо). На підставі вивчення цих факторів виокремлюють групи ризику, для яких і розробляють диференційовані профілактичні програми.

З точки зору екологічної моделі самогубство розглядають як кінцевий етап низки незалежних, але взаємопов'язаних факторів. Тому профілактика суїцидальної поведінки охоплює дії, що вносять вклад у зменшення частоти суїцидів, незалежно від того, чим вони зумовлені і що їх спровокувало. В рамках цієї моделі як превентивні заходи обмежують доступ до вогнепальної зброї та інших засобів самогубства, коригують особисті та середовищні обставини, що потенціюють суїцид.

Нині в світовій суїцидології домінує модель стрес-діатезу, що описує — як індивідуальна схильність до стресу і реакції на різні психотравматичні події вбудовуються в процес суїцидогенезу у конкретної людини. Відповідно до цієї моделі, конституціональна схильність (діатез) до суїцидальної поведінки є домінантним фактором у її реалізації. Однак соціально-стресові події відіграють велику роль у розвитку суїцидального процесу і можуть бути як предикторами, що санкціонують, так і такими, що лімітують суїцидальну поведінку. У моделі розвитку суїцидального процесу до основних факторів суїцидальної схильності/стійкості належать культуральні і соціальні чинники, фактори навколишнього середовища і сімейні взаємини.

Модель розвитку суїцидального процесу (від суїцидальних думок — до суїциду) відображені на рис. 12.1.

У цієї моделі **захисні фактори** становлять:

Когнітивний стиль особистості:

- Почуття власної гідності.
- Впевненість у власній життєвій ситуації і досягненнях.
- Пошуки допомоги при виникненні труднощів.
- Пошуки поради в разі потреби зробити важливий вибір.

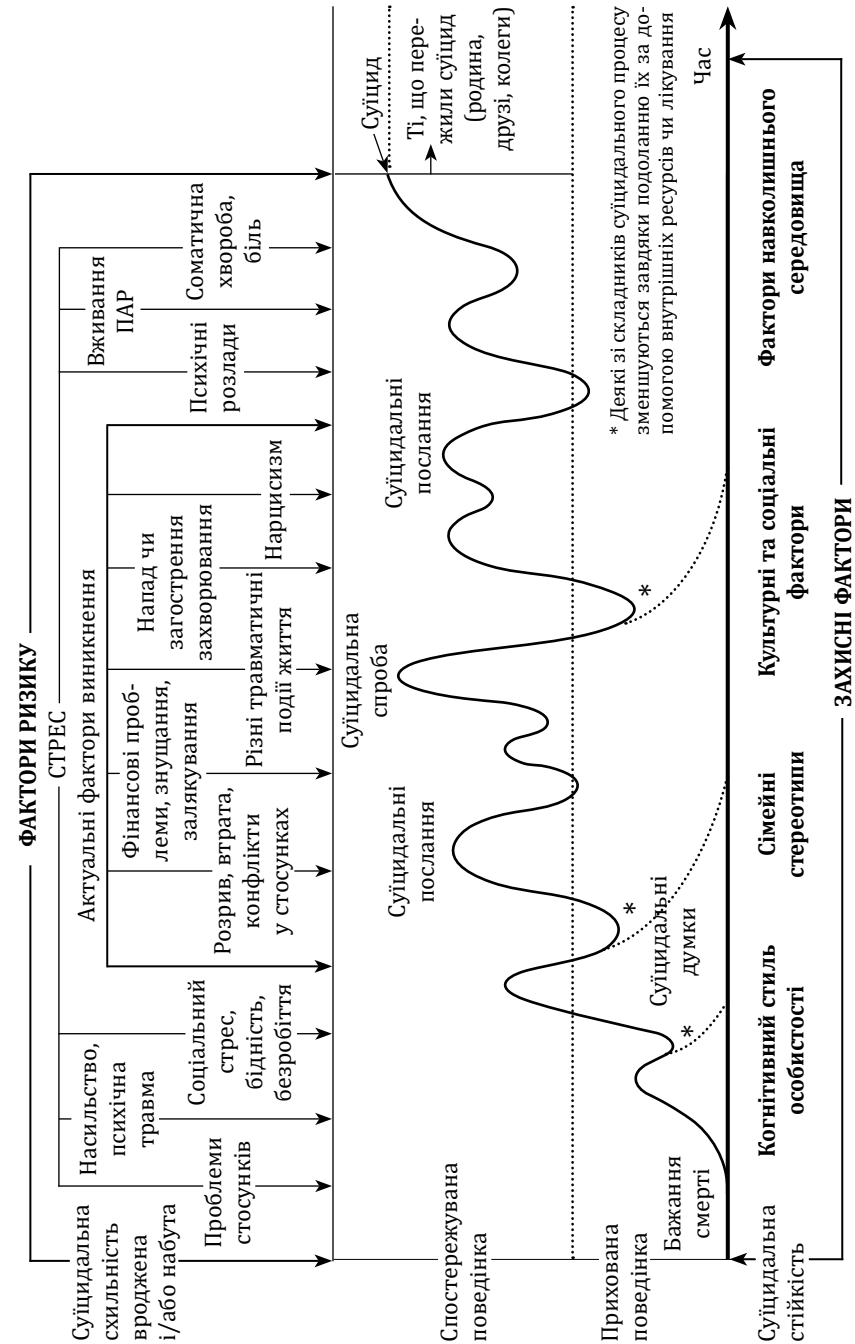


Рис. 12.1. Модель розвитку суїцидального процесу (Wasserman D., 2006)

- Здатність до спілкування.
- Відкритість досвіду і рішенням інших людей.
- Відкритість до навчання.

Сімейні стереотипи:

- Адекватні сімейні відносини.
- Підтримка родини.
- Віддане і систематичне виконання батьківських обов'язків.

Культурні та соціальні фактори:

- Прийняття цінностей і традицій, властивих культурі.
- Адекватні стосунки з друзями, колегами, сусідами.
- Підтримка значущих людей.
- Друзі, які не вживають наркотиків.
- Соціальна інтеграція, наприклад, за допомогою роботи, спорту, участі в діяльності різних клубів, релігійних організацій тощо.

- Почуття сенсу життя.

Фактори навколишнього середовища:

- Адекватна дієта.
- Адекватний сон.
- Сонячне світло.
- Фізичні вправи.
- Оточення, що не курить і не вживає наркотиків.

12.2. Концепції суїцидальної превенції

За даними 2020 року, із 194 країн, що входять до складу ВООЗ, на державному рівні програми профілактики самогубств ухвалено лише у 38 країнах. Серед них — Австралія, Ізраїль та США. Генеральний директор ВООЗ Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus закликав усі країни ввести до своїх національних освітніх програм та програм з охорони здоров'я перевірені стратегії превенції суїцидальної поведінки.

Превенція суїцидальної поведінки — це система заходів, спрямованих на профілактику різних проявів суїцидальної поведінки, зокрема і суїцидальних дій, а також попередження повторних суїцидальних актів. За змістом і послідовністю розрізняють такі види профілактики суїцидальної поведінки:

За змістом:

— **спеціалізовані психіатричні** (власне суїцидологічні) — медикаментозні і психотерапевтичні методи впливу, спрямовані на лікування психічних та поведінкових розладів, що потенціювали суїцидогенез, і на профілактику формування та рецидивування суїцидальної активності;

— **психологічні** — це психокорекційні програми, спрямовані на формування антисуїцидальних копінг-стратегій поведінки, зміну особистісних установок, самооцінки, рівня домагань, на формування «антисуїцидальних бар'єрів» тощо;

— **загальномедичні** — лікувальні заходи, спрямовані на усунення соматоневрологічних наслідків скоєної суїцидальної спроби, і на профілактику інвалідності;

— **соціальні** — заходи, що спрямовані на зміну соціально-економічного статусу потенційних суїцидентів. Цих заходів неможливо вжити без залучення відомств і організацій, що відповідають за соціальне забезпечення, освіту, працевлаштування, житлове забезпечення;

— **інформаційно-освітні** заходи, спрямовані на інформування усіх груп населення про нагальну потребу і способи зміцнення психічного здоров'я, про переваги здорового способу життя, про перші ознаки суїцидонебезпечних станів і стратегії поведінки в цій ситуації тощо. Крім того, цей вид профілактики охоплює освітні програми з діагностики суїцидонебезпечних станів та невідкладні заходи щодо запобігання суїциду для лікарів загальної практики та лікарів інших спеціальностей, для викладачів шкіл та інших навчальних закладів, для працівників дитячих будинків, військовослужбовців тощо.

За послідовністю:

Первинна профілактика: втручання, спрямовані на зміцнення психічного і фізичного здоров'я усіх категорій населення з метою попередження суїцидальних дій. Найважливіші превентивні заходи:

- формування здорового способу життя;
- звернення належної уваги на розвиток особистості;
- інформаційні та освітні програми, спрямовані на навчання продуктивним поведінковим стратегіям в кризових ситуаціях;
- обмеження доступу до речовин і засобів самогубства;
- ідентифікація груп підвищеного ризику.

Слід зазначити, що програми з первинної профілактики мають бути диференційованими і брати до уваги вікову, гендерну, професійну, релігійну, етнокультуральну та іншу специфіку групи осіб, щодо яких проводять превентивні втручання.

Вторинна профілактика: заходи, що проводять з людьми, котрі вже скоїли суїцидальну спробу, з метою запобігання рецидиву суїцидальної поведінки. Терапевтична тактика визначається насамперед соматичним і психічним станом суїцидента. Після припинення загрозливих для життя соматоневрологічних наслідків суїциду проводять спеціалізовані психіатричні, загальномедичні і психологічні заходи.

Третинну профілактику суїцидальної поведінки здійснюють з пацієнтами, що вже скоїли суїцид і їхніми родичами. Вона становить комплекс реабілітаційних програм, спрямованих на запобігання наслідків суїциду, що інвалідизують (постсуїцидальної енцефалопатії та інших), і повторних суїцидальних спроб. Важливим профілактичним заходом є також робота щодо зміцнення антисуїцидального бар'єра особистості. Тому профілактична робота з близьким оточенням (родичі, друзі тощо), що спрямована на налагодження сімейних взаємин, — дуже значуща. Крім того, сімейна психотерапія сприяє запобіганню формування суїцидальної поведінки імітаційного характеру серед найближчого оточення суїцидента.

Завданням поственції є полегшення процесу пристосування до реальності для тих, хто переживає труднощі, зменшення ступеня «заразності» суїцидальної поведінки, оцінки та ідентифікації факторів ризику повторного суїциду. Їх виконують, використовуючи такі стратегії:

- психологічне консультування;
- кризове втручання;
- пошук систем підтримки особи і життєзабезпечення в суспільстві;
- освітня стратегія для підвищення усвідомлення ролі та значущості саморуйнівної поведінки;
- підтримка контактів зі ЗМІ стосовно дотримання етичних принципів під час інформування про акти аутоагресії в суспільстві.

12.3. Стратегічні підходи у сфері суїцидальної превенції

Система охорони здоров'я відіграє ключову роль у профілактиці суїцидальної поведінки. Але на сучасному етапі суїцидальна превенція стає дуже важливою функцією не тільки медичної системи, але і всього суспільства. Ця проблема потребує для свого розв'язання міждисциплінарного підходу, міцної взаємодії різних відомств, професіоналів, громадськості, пацієнтів та їхніх родичів.

Альтернативним суто медичному підходу є *модель суїцидальної превенції*, що реалізує *профілактичні заходи на трьох рівнях*:

- заходи стосовно суспільного здоров'я загалом;
- раннє і ефективне лікування психічних розладів — безпосередніх попередників самогубства;
- підвищена увага з боку суспільства до осіб, що страждають на порушення психічного здоров'я загалом.

В шведській національній програмі, що довела свою ефективність, пропонується така **трикомпонентна модель превенції суїцидів**:

загальна суїцидальна превенція охоплює заходи психологічного, освітнього і соціального характеру, спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення та профілактику травматизму загалом;

непряма суїцидальна превенція спрямована на виявлення та лікування хвороб і соціальних проблем в групах та в ситуаціях ризику, що має на меті зменшити кількість самогубств завдяки оптимізації навколишнього середовища, зокрема, завдяки обмеженню доступності засобів самогубства;

пряма суїцидальна превенція спрямована на осіб, що переживають суїцидальні думки і проявляють суїцидальні тенденції, орієнтована на управління суїцидальним процесом, тобто на подолання суїцидальних думок, запобігання суїцидальним спробам і самогубствам.

Вирізняють дві стратегії **суїцидальної превенції на державному рівні**:

- підхід, орієнтований на систему охорони здоров'я;
- підхід, орієнтований на підвищення рівня суспільного здоров'я загалом.

Ці два напрями передбачають різні фокусні групи, завдання та стратегії (рис. 12.2).

Особливу увагу слід звертати на осіб, що скоїли суїцидальну спробу, оскільки від 5 % до 15 % тих, що роблять спроби, найближчими роками після неї закінчують життя самогубством. Для реалізації цього завдання потрібно формування наступності між медичними установами різного профілю, органами правопорядку і соціально-психологічними службами.

Нижче наведений список напрямків, який створений на ґрунті аналізу різних превентивних програм і відображає накопичений досвід різних країн. Більша половина втручань стосуються сфери охорони здоров'я.

Темі (напрями) втручань, що використовують найчастіше:

- освіта (інформування) широких кругів громадськості;
- відповідальна поведінка (репортажі) ЗМІ;
- програми освітнього характеру на базі шкіл;
- виявлення і лікування депресії та інших психічних розладів;
- підвищена увага до осіб, що зловживають алкоголем і наркотиками;
- підвищена увага до осіб, що хворіють на важкі соматичні захворювання;



Рис. 12.2. Стратегічні підходи у сфері суїцидальної превенції (Wasserman D., 2007)

— поліпшення доступності служб профілактики і лікування у сфері психічного здоров'я;
 — поліпшення системи надання допомоги при суїцидальних спробах;

- поственція;
- кризове втручання;
- відповідальна політика у сфері зайнятості і безробіття;
- спеціальна підготовка персоналу медичних установ;
- обмеження доступності летальних засобів суїциду.

Як показали соціологічні дослідження, понад 70 % підлітків вважають освітні програми для молоді та батьків кращим способом профілактики суїцидів.

Більшість суїцидентів залишаються поза увагою психіатрів, психологів і психотерапевтів або їм вчасно не проводять суїцидологічну діагностику, а відтак — і не надають допомогу. Хворі, яким своєчасно не діагностовано психопатологічні розлади і не надано психіатричну допомогу, скоюють близько 90 % усіх суїцидів.

Люди з суїцидальними намірами не уникають, а навпаки, часто прагнуть до допомоги та консультування. З тих, хто скоює суїциди, майже 70 % консультуються з лікарями загального профілю за місяць, а 40 % — протягом останнього тижня до скоєння фатального вчинку; 30 % так чи інакше висловлюють свої наміри, доводячи до відома оточення.

Основний сенс превентивних заходів полягає в тому, щоб переконати суспільство, що суїцидальні думки — психологічно зрозумілі і самі собою не є захворюванням, бо є природною частиною людського життя; що суїцидальна поведінка — минуща і доступна коригуванню, а тому її можна попередити, якщо у людей буде бажання вислухати іншу людину і допомогти їй.

Проведений аналіз суїцидологічної ситуації в Україні, а також багатофакторний аналіз динаміки самогубств і чинників, що потенціують і лімітують суїцидальну поведінку, дає змогу зробити висновки про нагальну потребу створення суїцидологічної служби в Україні і державних та регіональних програм профілактики суїцидів. Суїцидологічна служба повинна мати свою інфраструктуру, професійно підготовлених штатних співробітників (лікарі, психологи, соціальні працівники, середній і молодший медичний персонал), законодавчо затверджені штатний розклад, регламент роботи і функціональні обов'язки працівників. Крім того, в Україні має бути створена нормативно-правова база, що регламентує порядок надання суїцидологічної допомоги населенню.

Запитання для контролю знань

1. Технології об'єктивної оцінки суїцидального ризику. Методи визначення суїцидальної та аутоагресивної поведінки.
2. Психометричні шкали для діагностики суїцидальної поведінки.
3. Стратегія поведінки медичного персоналу у разі суїциду в психіатричній лікарні.
4. Профілактика суїцидальної поведінки на різних рівнях організації охорони психічного здоров'я.
5. Організаційні аспекти профілактики суїцидальної поведінки.

Список використаної літератури

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив / ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2014. 97 с. URI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152893>.
2. Как нам уменьшить число суицидов в Украине / В. В. Домбровская, В. А. Розанов, Л. Н. Юрьева [и др.]. Одесса, 2007. 50 с. (Проект междисциплинарной программы суицидальной превенции).
3. Клінічна суїцидологія : підручник / за заг. ред. професорів Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути, І. В. Лінського. Харків : Видавець Строков Д. В., 2020. 302 с.
4. Суицид — напрасная смерть / под ред. Д. Вассерман. Тарту :Tartu University Press, 2001. 288 с.
5. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология / Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев // Суицидология. 2013. Т. 4, № 3 (12). С. 70—76. <https://repo.dma.dp.ua/2119/1/suicidologicheskaya-situatsiya-v-ukraine-statistika-i-epidemiologiya.pdf>.
6. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология : монография. Днепропетровск : Пороги, 2006. 472 с.
7. Юрьева Л. Н. Украина: суицидологическая ситуация / Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев // Суициды в России и Европе : коллективная монография / под ред. Б. С. Положего. Москва : Медицинское информационное агентство, 2016. 212 с.
8. Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health Survey / Bromet, E. J., Havenaar J. M., Tintle N. [et al.] // Psychological Medicine. 2007. 37 (6): 807—19. DOI: 10.1017/S0033291707009981.
9. The Complex Impact of Risk and Protective Factors on Suicide Mortality: A Study of Ukrainian General Population / A. Yur'yev, L. Yur'yeva, P. Varnik [et al.] // Archives of Suicide Research. 2015, 19: 2, 249—259. DOI: 10.1080/13811118.2015.1004471.
10. Yur'ev, A. Suicide mortality at time of armed conflict in Ukraine / A. Yur'yev, L. Yur'yeva // The European Journal of Public Health. 2015 Dec; 25(6): 1069—70. DOI: 10.1093/eurpub/ckv188.
11. Yur'yev A., Yur'yeva L., Varnik P., Varnik A. Risk and Protective Factors for suicide mortality in Ukraine // Chinese Mental Health. Journal. 2011. 25 (9 Suppl.): P. 261.
12. Förslag till nationellt program för suicidprevention. befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. 2006. 28 p.

Розділ 13.

Охорона психічного здоров'я студентської молоді

Здоров'я — це найважливіша цінність людини і показник його індивідуального благополуччя. Від якості здоров'я залежить не тільки реалізація життєвих планів, становлення людини як особистості та індивідуальності, а й саме її життя. Ставлення до здоров'я виявляється у двох взаємопов'язаних формах: індивідуальне та суспільне. Внутрішню картину здоров'я можна розглядати як таке питання: «Чому одні люди хворіють, а інші — ні, незважаючи на схожі передумови та екологію навколишнього середовища?».

Теоретичне обґрунтування концепції і поняття «внутрішня картина здоров'я» було наведено в роботах В. Є. Кагана (1986, 1988), термін ввів А. Б. Орлов (1991). До цього досліджували тільки «внутрішню картину хвороби» — термін введений А. Р. Лурія (1935).

Внутрішня картина здоров'я — це наші уявлення про здоров'я, самосвідомість і самопізнання в умовах здоров'я, динамічне ставлення до нього. Вона має вікові особливості, які відображаються в її структурі.

Внутрішня картина здоров'я у студентської молоді має вирішальне значення у формуванні здорового способу життя.

Охорона здоров'я студентської молоді вважається однією з найважливіших соціальних завдань суспільства. Студенти закладів вищої освіти — соціально-економічний, інтелектуальний, творчий потенціал країни. Водночас, студентство можна зачислити до групи підвищеного ризику, тому що на непрості вікові проблеми сучасних студентів накладається негативний вплив кризи практично в усіх основних сферах суспільства і держави.

Студентство — соціальна група у системі вищої освіти, що характеризується певною чисельністю, віково-статевою структурою, територіальним розподілом; певним суспільним станом, роллю та статусом; особливою фазою, стадією соціалізації (студентські роки), яку проходить неабияка частина молоді, певними соціально-психологічними особливостями.

Студенти становлять особливу соціальну групу, об'єднану віком, специфічними умовами праці та життя. Вступивши до закладу вищої освіти, студент опиняється в нових соціальних і психофізіологічних умовах, а часто — і в новому середовищі, що є стресом. Вивчення психічних розладів, зумовлених стресовими впливами — одна з найважливіших проблем сучасних досліджень.

Загально визнано, що студентський період — найсприятливіший для маніфестації та розвитку психічних захворювань, загострення патологічних рис характеру, підвищення схильності до ситуативно зумовлених порушень адаптації. Це зумовлює актуальність пошуку нових форм їх своєчасної діагностики, психотерапії та психопрофілактики.

У сучасних умовах отримання освіти у закладах вищої освіти можна зачислити до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, дефіцитом часу, потребою засвоювати в стислі терміни великий обсяг інформації, жорстким контролем і регламентацією режиму навчання, а також з розв'язанням різних проблемних ситуацій.

Особливості перебігу психічних станів у студентський період вивчали неодноразово у наукових працях. Увагу приділяли досліджуванню базових станів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності, виникнення і перебіг яких у студентському віці ще не з'ясовані. У динаміці негативних психічних станів відображається процес адаптації студентів до навчання у закладах вищої освіти.

Стан здоров'я студентів вищів привертає все більшу увагу фахівців з різних галузей медицини. Це зумовлено роллю, яку відіграє ця соціальна група в суспільстві. Серед проблем, пов'язаних з охороною здоров'я студентів, вагоме місце посідають нервово-психічні розлади. З порівняння психічного здоров'я різних груп населення виявилося, що стосовно студентства ця проблема є найбільш актуальною. За даними літератури, поширеність розладів психіки й поведінки серед підлітків сягає 3227,6 на 100 тис. населення, зокрема розлади неспокійного реєстру, за різними даними, становлять від 27—45 % до 58,4 % від усіх хворих із нервово-психічними порушеннями.

Актуальність проблеми тривожно-депресивних розладів у молодіжному середовищі визначається їхньою клінічною гетерогенністю, тенденцією до затяжного перебігу й формування коморбідності із соматоформною симптоматикою.

Поширеність психічних розладів у студентів, за даними різних авторів, — у межах від 2,2 % до 15—29 %, до того ж в загальній структурі психічної захворюваності в студентській популяції переважають

пограничні стани (від 77,2 % до 93 %). За даними ВООЗ (2001 р.), причиною чверті випадків академічних відпусток і відчислень є пограничні психічні розлади.

Згідно з епідеміологічними даними, афективні розлади в студентській популяції сягають 20—30 % від усіх опитаних. Афективні розлади і субклінічні стани чинять виражений негативний вплив на якість життя, соціальну та емоційну адаптацію, підвищують ризик суїцидів в студентському середовищі.

Високий рівень соціальної тривожності негативно відбивається на якості життя індивіда. У студентському середовищі це може особливо яскраво проявлятися в зв'язку з потребою постійно взаємодіяти з одногрупниками і викладачами. Успішність навчання та емоційне благополуччя в вищій великою мірою залежать від соціальної активності студента, тому соціальна тривожність може стати серйозною перешкодою на шляху розвитку і самореалізації молоді людини.

За останніх років дослідники звертають увагу на нагальну потребу збереження і зміцнення здоров'я студентів, одночасно вказуючи на низку труднощів, до яких належать: специфічність і широкий спектр представленості цієї соціальної групи (гуманітарні та технічні заклади вищої освіти, термін і форма навчання тощо); динамічність факторів ризику і їх залежність від регіональних умов; важкодоступність даних офіційної статистики тощо.

Вирішення завдань пошуку закономірностей і механізмів адаптації студентів до навчання у закладах вищої освіти неминуче приводить до потреби аналізу всього комплексу факторів, що визначають особливості навчальної діяльності студентів.

У розвитку психічної дезадаптації, найчастішим проявом якої, за даними багатьох авторів, є розвиток пограничних психічних розладів, особливе значення мають індивідуальні психологічні особливості особистості, а також зовнішні психотравматичні чинники.

З огляду на розширення міжнародної співпраці та обміну в галузі освіти, що відбувається останніми роками, вивчення адаптації студентів набуває актуальності.

Окрему соціальну групу утворюють студенти медичного інституту. У процесі навчання до них пред'являються більш високі вимоги порівняно зі студентами інших закладів вищої освіти (триваліший період навчання, більша кількість інформації). Крім того, ця популяція студентської молоді — найменш вивчена.

Ретельний аналіз і осмислення сучасних тенденцій здоров'я студентів-медиків, поведінкових характеристик, соціально-гігієнічних

чинників і факторів навчального процесу, що впливають на здоров'я, є одним з найважливіших шляхів вдосконалення медичної допомоги цієї категорії населення і забезпечення здоров'я студентської молоді.

На стан здоров'я студентів-медиків впливають фактори навчального процесу як об'єктивна основа умов навчання. Не менш важливими є самооцінні, суб'єктивні характеристики, тобто блок латентних показників, що залежить як від індивідуальних функціональних можливостей і здоров'я індивідуума, так і способу життя студентів-медиків. Водночас, вплив перелічених факторів на студентів є суто індивідуальним, і ймовірність розвитку того чи того захворювання залежить від адаптаційних можливостей організму.

На думку багатьох авторів, у періоді навчання студентів вищів можна виокремити три основні критичні періоди, які припадають на перший, третій і п'ятий курси (у студентів-медиків, відповідно, — перший, четвертий і шостий курси).

Кожна людина відчуває стан тривоги, особливо студенти — особи, які зазнають підвищених навантажень, пов'язаних з навчанням, процесом адаптації в суспільстві. Важливо не тільки виявити стан тривоги, а й визначити причини її виникнення, щоб зменшити негативний вплив на психічне і фізичне здоров'я людини. Тривога, занепокоєння, страх, паніка, жах — явища, які часто є в психічному житті людини. Вони можуть бути різними за інтенсивністю, тривалістю, структурою — від легкого короткочасного неспокою до жаху, що паралізує, — утворюючи різноманітну гаму переживань, які супроводжують найрізноманітніші життєві події: хвороби, конфлікти, неприємні і несподівані події.

У психологічній літературі є два базових терміни, які в багатьох випадках використовують як синоніми, але частіше різні як самостійні поняття: тривога і тривожність. Розрізняють тривожність як властивість особистості, як відносно постійну, незмінну протягом життя межу (особистісна тривожність) і тривогу — як негативний емоційний стан, відносно тривалий, пов'язаний зі зміною нервово-психічної діяльності (ситуативна тривога). За таких обставин визначення тривоги як стану є базовим, ключовим для визначення тривожності як властивості особистості: тривожність — це «схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги».

Досліджування ситуаційних та особистісних характеристик тривожності в першокурсників виявило, що високий рівень особистісної тривожності мали 57 % студентів від загальної кількості;

помірний — 43 % досліджуваних. Низький рівень не спостерігався у жодного студента. Високий рівень реактивної тривожності мали 3 % студентів; помірний рівень — 37 %; низький рівень — 60 % респондентів відповідно. Переважання високого рівня особистісної тривожності при низькому рівні реактивної тривожності свідчить, що на стресову ситуацію студенти реагують з меншим напруженням і занепокоєнням. Також це може свідчити про те, що досліджувані активно витісняють високу тривожність з метою показати себе «у кращому світлі». Низький рівень тривожності потребує підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності. У значній частині студентів виявлені тривожні та/або депресивні розлади різного ступеня вираженості, що потребує їх своєчасного розпізнавання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії.

Актуальність проблеми непсихотичних психічних розладів у студентів не втрачає свого значення, а навпаки — як мінімум популяризація цього феномена в масах диктує безліч причин вивчати це питання, вести статистику і виявляти потенційних «кандидатів» з цим типом розладів. Як показує практика, здебільшого студенти із донозологічними й навіть клінічно окресленими психічними розладами невротичного рівня самостійно не звертаються по медичну допомогу до психолога, лікаря-психотерапевта, а тим паче — лікаря-психіатра. Чималою мірою усвідомленій або неусвідомленій відмові студентів від психіатричної або психологічної допомоги сприяє стигматизація психіатрії, страх перед психіатричним обстеженням й психіатричним діагнозом.

Важливість виявлення депресивних і тривожних настроїв у студентів зумовлена темпом і напруженістю навчання, що висуває підвищені вимоги до компенсаторних механізмів психіки, зрив яких призводить до соціальних і психологічних конфліктів і до стресу. Специфіка навчання у закладі вищої освіти полягає в тому, що воно збігається з віком найвищого ризику маніфестації психічної патології, що, можливо, зумовлено не тільки біологічною природою психічних захворювань, але також великими стресовими навантаженнями. Навантаження, характерні для навчання в медичному виші, створюють додаткові умови для маніфестації і схильності до захворювання.

Проблема тривожно-депресивних розладів у молодому віці є досить актуальною, особливо у студентів, що навчаються у медичних закладах вищої освіти. У численних дослідженнях останніх років, виконаних у різних країнах, відзначається велика поширеність нервово-психічних розладів тривожно-депресивного характеру й нижча

якість життя серед студентів-медиків під час навчання, порівняно з населенням загалом та зі студентами інших вишів.

Одним з параметрів особистісних особливостей для студентського віку є рівень передекзаменаційного занепокоєння-тривоги. Встановлено, що в екстремальних умовах людина переживає більш-менш виражене емоційне напруження. В очікуванні іспиту у частини студентів виникає стан занепокоєння з приводу можливого його результату, який позначають терміном — занепокоєння-тривога. Рівень занепокоєння-тривоги найчастіше пов'язують з упевненістю в собі, в своїх знаннях. Відомо, що високий рівень занепокоєння-тривоги частіше знижує ефективність навчальної діяльності, а низький його рівень проявляється в поліпшенні результатів діяльності.

Все це диктує нагальну потребу розроблення заходів індивідуального підходу в роботі зі студентами — найважливішого принципу дидактики (на жаль, принцип індивідуального підходу суперечить масовому характеру навчання у закладі вищої освіти).

Проблема своєчасного розпізнавання і раціональної терапії непсихотичних психічних розладів у осіб молодого віку в організованих контингентах може бути розв'язана застосуванням сучасних скринінг-технологій та моніторингу донозологічних розладів. Проведення регулярних масових обстежень з дотриманням усіх морально-етичних норм, на думку низки науковців, робить можливим визначення рівня психічного здоров'я і груп ризику, що охоплюють студентів з підвищеним ризиком розвитку станів дезадаптації, сприятиме визначенню нормативних показників та уточненню їх меж у конкретному навчальному закладі, що надалі може бути підґрунтям для здійснення психопрофілактичної та психокорекційної роботи, а також підвищення рівня «психологічної освіченості» студентів-медиків, формування в них достатньої «культури інтроспекції».

Здоровий спосіб життя — один з наріжних принципів сучасної медицини, що формується у медичних працівників з моменту початку їх професійної освіти в медичних вишах і медичних коледжах. Українська медична система освіти, що орієнтується на європейські стандарти якості життя, надає значну увагу цьому питанню. Однак специфіка освітнього процесу в медичних установах (висока інтенсивність подачі інформації, велика кількість пар (4—5) на день, потреба постійних переїздів з однієї клініки в іншу за короткий проміжок часу) в сукупності із загальним зниженням рівня життя призводять до того, що більшість студентів-медиків особисто не дотримуються основ здорового способу життя. Процес адаптації

студентів до нового соціального середовища практично завжди проходить з деякими складнощами і залишає людину віч-на-віч зі своєю проблемою, надаючи можливість їй самій вибирати шляхи її розв'язання — від дії до бездіяльності.

Забезпечення здорового способу життя у іноземних студентів-медиків є ще більш проблематичним: вплив нової культури, нового оточення, брак жорсткого контролю поведінки на тлі незавершеного формування особистості разом з високою інтенсивністю процесу освіти часто призводять до різних девіацій поведінки, психологічних проблем, порушення здорового способу життя, виникнення або маніфестації психосоматичних захворювань. Особливо наочно це проявляється в перші роки навчання, коли відбувається адаптація до нових умов життя в іншій країні (фізична, психологічна, мовна).

Нагальна потреба вивчення пограничних психічних розладів у студентів зумовлена також тим, що вони ускладнюють міжособистісне спілкування, зумовлюють зниження працездатності, успішності, тобто погіршують якість життя в молодому працездатному віці, вкрай важливо також визначення прогнозу і вироблення диференційованих заходів профілактики і лікування непсихотичних психічних розладів у студентів.

Неодмінною умовою успішності терапії пограничних психічних розладів є принцип комплексності підходу, що передбачає широкий спектр психотерапевтичних, психотерапевтичних, фізіотерапевтичних і соціально-реабілітаційних заходів. Визначено низку психотерапевтичних, фізіотерапевтичних, психологічних та соціотерапевтичних методик, що довели свою ефективність у студентів: раціональна психотерапія, аутогенне тренування, гіпнотерапія, методи поведінкової, особистісно-орієнтованої терапії, аналіз взаємин, психодрама, нейролінгвістичне програмування, гештальт-терапія, «еріксонівський гіпноз», розумова гімнастика, культтерапія, музикотерапія, танцювально-рухова терапія, арт-терапія, техніка релаксації, дихальна гімнастика, оптимізація рухового режиму, фізіотерапевтичні заходи, розвантажувальна дієтотерапія.

Психокорекція в разі потреби має містити в собі надання всього спектра медико-психологічної та психіатричної допомоги студентам. Потреба медикаментозної корекції непсихотичних психічних розладів у студентів визначається їх вираженістю та особливостями психопатологічної симптоматики. У комплексі терапевтичних заходів можна застосовувати адаптогени (екстракт родіоли рожевої, елеутерокок, настоянка лимоннику тощо), антидепресанти, седативні засоби рослинного походження, ноотропи.

Навчальна діяльність студентів характеризується високими емоційними навантаженнями, регулярною перевтомою, стресовими ситуаціями.

У зв'язку з викладеним першорядного значення набувають раннє виявлення осіб із пограничними формами психічних розладів і проведення профілактичних, психокорекційних і реабілітаційних заходів. Потрібно ретельніше вивчення поширеності та особливостей перебігу пограничної психічної патології у молодіжному середовищі з метою розроблення алгоритмів превентивної медичної допомоги.

З огляду на високу поширеність депресивних розладів у студентів-медиків, медичні виши повинні впроваджувати програми для виявлення студентів з груп ризику розвитку психічних порушень, зокрема депресивних розладів, і забезпечувати ним легкий доступ до спеціалізованої психіатричної допомоги.

Запитання для контролю знань

1. Наведіть визначення внутрішньої картини здоров'я.
2. Визначте основні причини поширення серед студентської молоді пограничних психічних розладів.
3. Які непсихотичні психічні розлади найбільш поширені серед студентів?
4. Охарактеризуйте поняття екзаменаційного стресу. Гендерні особливості прояву тривоги серед студентів.
5. Характеризуйте поняття комплексного підходу у терапії непсихотичних психічних розладів. Основні методи психотерапії, що довели свою ефективність у роботі зі студентами.

Список використаної літератури

1. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія за ред. професора П. В. Волошина, професора Н. О. Марути. Харків : Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.
2. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Электронная библиотека «Куб». URL: <http://www.klex.ru/12f>.
3. Юрценюк О. С. Депресивні та тривожні розлади у студентів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 165.
4. Юрценюк О. С. Психосоціальна реабілітація студентів із непсихотичними психічними розладами // Архів психіатрії. 2018. Т. 24, № 1. С. 63—64.
5. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков : тезисы докладов Всесоюзной конференции (Москва, 17—18 декабря 1986). Москва, 1986. С. 74—75.

Розділ 14.

Охорона психічного здоров'я медичних працівників

В останнє десятиліття особливу увагу надають охороні психічного здоров'я фахівців, що працюють. Міжнародними організаціями ухвалена низка документів, спрямованих на поліпшення психічного здоров'я працівників. Всесвітня асамблея охорони здоров'я (World Health Assembly) ухвалила Комплексний план дій в сфері психічного здоров'я на 2013—2020 роки. На Європейській конференції ВООЗ наголошено, що стрес, пов'язаний з роботою, є важливою проблемою приблизно для третини працівників країн Європейського союзу і вартість розв'язання проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям, становить в середньому 3—4 % валового національного доходу. У резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Здоров'я працівників: глобальний план дій 2008—2017» первинна профілактика професійних ризиків для здоров'я віднесена до однієї зі значущих тем, безпосередньо пов'язаних з проблемою охорони психічного і фізичного здоров'я людини, що працює. 10 жовтня 2017 року Всесвітній день психічного здоров'я був присвячений темі «Психічне здоров'я на робочому місці». У перелічених вище документах підкреслено пріоритетність дій, спрямованих на профілактику, як на регіональному, так і на національному рівнях.

14.1. Професіогенез та кризи професійного розвитку в діяльності медичних працівників

Професійна діяльність є однією з найважливіших складників людського життя, а професійна ідентичність у людини, що працює, виступає як основа особистісної ідентичності, визначаючи ієрархію її потреб і духовних смислів. Проблема професійних криз особистості, з одного боку, пов'язана з власне професійною діяльністю, а з другою — з кризами вікових періодів життя людини.

Кризи професійної діяльності — це періоди кардинальної перебудови особистості і зміни вектора її професійного розвитку. У період

кризи відбувається перебудова професійної свідомості, переорієнтація на нові цілі, перегляд своїх соціально-професійних позицій. Результатом кризи професійного становлення особистості може бути особистісне та професійне зростання, зміна взаємин з оточенням, колегами і споживачами послуг, рідше — зміна професії. Розрізняють такі фактори ризику виникнення криз професійного розвитку.

Фактори, що потенціюють кризи професійного розвитку

Особистісні:

- акцентована особистість;
- тривожна особистість і особистість, схильна до залежних форм поведінки;
- низька фрустраційна толерантність;
- занижена або завищена самооцінка.

Психологічні:

- Харасмент — психологічний утиск на робочому місці;
- Мобінг і булінг — це види регулярного фізичного та/або психологічного терору, як з боку колективу (мобінг), так і з боку однієї людини (булінг);
- синдром емоційного вигорання;
- усвідомлення недостатнього рівня компетентності;
- вищий, ніж потрібно для виконання роботи, рівень професійної компетентності;
- надмірна захопленість професійною діяльністю (трудоголізм, презентеїзм).

Соціально-економічні та ситуаційні:

- незадоволеність власним соціально-економічним статусом;
- скорочення робочих місць і загроза безробіття;
- переїзд на нове місце проживання і набуття нової роботи;
- зміна посадового статусу.

14.1.1. Етапи професійної діяльності лікаря

На ґрунті концепцій психосоціального розвитку Е. Еріксона і професійного становлення особистості виокремлені етапи професійної діяльності лікаря, на кожному з яких можливі особистісні кризи професійного становлення.

1. Етап формування професійних намірів. У 16—17 років, на етапі завершення шкільної освіти, можлива *перша криза професійного становлення*, яка пов'язана з вибором професії.

2. Етап базової професійної освіти відповідає стадії ранньої зрілості психосоціального розвитку і віковому діапазону від 19 до 25 років.

На цьому етапі майбутні фахівці отримують спеціальну освіту. У перший рік навчання часто виникає розчарування в обраній професії і падає інтерес до навчання. Спостерігається **криза професійного вибору**, яка зазвичай найбільш виразно проявляється в перші роки професійного навчання. У цей період можливе зниження рівня інтересу до обраної професії або корекція професійного вибору, яка іноді завершується тим, що студент залишає навчання.

3. Етап професійної діяльності у спеціалістів, що працюють у сфері охорони психічного здоров'я, відповідає стадії середньої зрілості психосоціального розвитку і віковому діапазону від 26 до 64 років, коли домінують потреби в самоповазі, самоактуалізації й особистісному вдосконаленні. Найчастіше саме професійна діяльність може служити задоволенню цих потреб.

Етап професійної діяльності має три стадії:

Перша — стадія професійного становлення починається з моменту навчання спеціальності в інтернатурі і триває близько 5 років. Професійне становлення молодого фахівця і набуття ним професійної ідентичності є основним завданням цієї стадії професійного розвитку. Психологічному стану молодого фахівця в цей період властиві невпевненість, залежність, тривога, ідентифікація з роллю «учня», придбання і розвиток практичних навичок.

Набуття професійної ідентичності, тобто професійної самосвідомості, і визначення своєї професійної ролі є найважливішими аспектами формування особистості молодого лікаря. Як показав аналіз проведених фокус-груп, перші місяці спілкування з психічно хворими практично в усіх лікарів-інтернів пов'язані з низкою емоційних станів: дифузною тривогою, невпевненістю, потребою в супервізії. Деякі інтерни повідомляли навіть про почуття страху, який вони відчували, спілкуючись з пацієнтами в психозі.

Близько 15 % лікарів-інтернів під час спілкування з психічно хворими переживали почуття «радості», «збудження», «захоплююче відчуття новизни». Вони з нетерпінням очікували час курації пацієнтів, жили «в передчутті чогось нового, невідомого, незвичайного».

Слід зазначити, що дифузна тривога, властива для перших місяців спілкування з пацієнтами, які одержують психіатричну допомогу, поступово редукується і з'являється до кінця стадії первинної професіоналізації лише епізодично під час криз.

Якщо в цей період у молодого лікаря виявляються виражені терапевтичні або комунікативні проблеми з пацієнтами, родичами

і колегами, то у нього можуть виникнути власні проблеми з розвитком професійної ідентичності та подальшим професійним зростанням, що призводить до розвитку **кризи професійної ідентичності**.

Якщо молодий фахівець успішно подолав першу стадію професіоналізації, то він стає психологічно самостійним фахівцем з домінуванням потреб в самоствердженні, самореалізації та професійному зростанні.

Якщо немає перспектив професійного зростання, настає **криза професійного зростання**, яка може завершитися переходом в інший заклад або зміною професії. Атестація лікарів є дуже важливим психологічним фактором, що припиняє кризу, підвищує самооцінку і сприяє самоствердженню молодого фахівця.

Друга стадія — *стадія професійного зростання* зазвичай настає після 5 років роботи за фахом і триває 10—14 років.

У лікаря встановлюється професійна ідентичність і підвищується самооцінка, перебудовуються соціально-професійні цінності і взаємини. На цій стадії професіоналізації домінують потреби самоповаги.

Психологічному стану фахівця властиві впевненість в собі, ідентичність і незалежність, інтеграція в професіональне співтовариство, зміцнення і розвиток практики.

Професійний розвиток може відбуватися за двома сценаріями:

— сценарій *регресивного професійного розвитку* характеризується такими ключовими поняттями: застій, інертність, бездіяльність, безініціативність, млявість, смиренність, професійна апатія і зупинення у власному розвитку;

— сценарій *продуктивного професійного розвитку* можна охарактеризувати так: продуктивність, незалежність, боротьба за професійну автономію, дистанціювання від авторитетів, кар'єрне зростання.

Суперечність між бажаною кар'єрою та її реальними перспективами призводять до розвитку **кризи професійної кар'єри**.

Якщо кар'єрне зростання неможливо, то доцільні такі продуктивні варіанти виходу з цієї кризи:

— освоєння нових знань або вузьких спеціальностей в рамках базової професії або в іншому професійному полі, які допоможуть вийти на інший рівень спілкування і професіоналізації;

— творча самореалізація (дослідження, участь у міжнародних проєктах, тощо)

— соціальна активність, реалізація свого хобі.

Є ще чимало індивідуальних продуктивних поведінкових стратегій, спрямованих на припинення кризи професійної кар'єри.

Німецький психіатр К. Ясперс у 30 років залишив психіатрію і став видатним філософом, одним з творців екзистенціалізму. Серед відомих письменників А. П. Чехов, В. В. Вересаєв, М. А. Булгаков, А. Кронін, А. Конан-Дойль, В. І. Даль, Ф. Рабле, Ф. Шіллер мали медичну освіту і першу професію лікаря. Першу професію «лікар» мали Микола Коперник, Карл Лінней, Луїджі Гальвані, Йенс Якоб Берцеліус, Януш Корчак, Жан Поль Марат.

Криза професійної кар'єри дуже часто збігається з «кризою зрілості» і може супроводжуватися синдромом вигорання, звільненням з роботи або зміною сфери діяльності, залежними формами поведінки, депресією і соматоформними розладами.

Якщо криза успішно подолана і домінантними потребами лікаря є потреби самоактуалізації, то він досягає найвищої точки професіоналізму — стадії майстерності.

Третя стадія — *стадія професійної майстерності*

Зазвичай ця стадія професіоналізації у лікарів настає після 10—14 років, а іноді і 20 років роботи за фахом. Далеко не кожний лікар досягає цієї стадії професіоналізму.

Психологічний стан успішного лікаря на цьому етапі найчастіше описується такими характеристиками: творчість, спокій і колегіальність; незалежна практика і консультування. Такий спеціаліст вже досяг самовизначення, отримав автономію (зазвичай він вже є керівником відділення або іншого підрозділу) і дистанціювався від авторитетів. Він вже сам стає вчителем для молодих колег.

У лікарів, які мають нереалізовану потребу професійної самоактуалізації, можливий розвиток **кризи нереалізованих можливостей**, яка веде до незадоволеності оточенням, обставинами життя і професією. Криза нереалізованих можливостей може бути вирішена як конструктивно, так і деструктивно.

До *деструктивних варіантів розв'язання кризи* належать формування професійних деформацій (зокрема і синдрому вигорання), невротичні і соматоформні розлади, а також залежні форми поведінки.

До *конструктивних варіантів розв'язання кризи* нереалізованих можливостей належать набуття нових знань, всі види творчої самореалізації, соціальна активність тощо. В будь-якому разі, для досягнення соціально-професійної самоактуалізації на новому витку свого особистісного і професійного розвитку треба змінити роль «вчителя» на роль «учня».

Четверта стадія — *стадія професійної реадптації*. Незалежно від того, досяг лікар третьої стадії професіоналізації (стадії

майстерності) або обмежився тільки другою, він йде на пенсію і переживає **кризу втрати професії**.

Відповідно до шкали оцінки соціальної адаптації Т. Н. Holmes & R. Н. Rahe (1967), вихід на пенсію є стресовою життєвою подією (45 стресових одиниць зі 100 можливих). Потрібність освоєння нової соціальної ролі і норм поведінки, втрата десятиліттями відпрацьованого стереотипу професійної поведінки, звуження соціально-професійних контактів, зниження фізичних і фінансових можливостей — основні чинники кризи втрати професії.

З метою пом'якшення кризи втрати професії доцільно працювати далі на новому рівні, якщо дозволяє фізичне здоров'я. Історія багата прикладами волонтерської, місіонерської, подвижницької діяльності лікарів в цей віковий період життя.

14.1.2. Фактори, що впливають на задоволеність роботою

Незадоволеність роботою і жалкування щодо обраної професії дуже поширені серед лікарів. Більш того, в останнє десятиліття наростає тенденція до відходу персоналу з медицини в багатьох країнах світу. Є повідомлення про те, що через 15 років після отримання диплома лікаря чверть докторів припинили свою практичну діяльність.

Задоволеність своєю професією є одним з найважливіших складників загальної задоволеності життям і суб'єктивного відчуття щастя. Фахівці, задоволені роботою, працюють старанніше, їхня продуктивність — вища, а ймовірність розвитку синдрому вигоряння — нижча.

Фактори, що впливають на задоволеність роботою:

Заробітна плата. Задоволеність роботою менше у тих, кому платять менше, ніж представникам аналогічних професій, а також у тих, хто вважає одержувану зарплату несправедливою.

Характер роботи. Відповідно до моделі Карасека вимоги/контроль, задоволеність роботою залежить від співвідношення рівня вимог робочого процесу і можливостей керувати процесом. Найнижчий ступінь задоволеності спостерігається, коли робота ставить до людини високі вимоги, а його контроль над процесом — мінімальний.

Соціальні стосунки. Задоволеність роботою вище у тих, хто має добрі стосунки з колегами і начальством, хто працює в команді з високим рівнем кооперації і не має рольових конфліктів або рольової невизначеності.

Вік. Описана U-подібна закономірність задоволеності роботою залежно від віку. Молоді працівники демонструють відносно високий

рівень задоволеності роботою. Найнижчу задоволеність роботою виявлено у людей 36 років. Після 40 років задоволеність роботою знов зростає, особливо у літніх працівників.

Особистісні особливості. Ґрунтуючись на даних, отриманих під час обстеження 2200 пар близнюків, А. Arvey дійшли висновку, що на 30 % відмінності в задоволеності роботою генетично детерміновані. Крім того, у людей з вираженим нейротизмом (особливо тих, що працюють в умовах високого рівня стресу) — нижчий рівень задоволеності роботою. Фахівці з внутрішнім локусом контролю і з установкою «зростання потребує зусиль» задоволені роботою більше, ніж їх колеги, які потребують зовнішнього контролю за своєю діяльністю. Більше задоволення від роботи отримують люди, якщо їх здібності відповідають пропонованим вимогам, а їхні потреби в спілкуванні узгоджуються з потрібним для виконання роботи рівнем міжособистісних контактів.

14.2. Вигоряння у співробітників психіатричних служб: причини виникнення та стратегії подолання

Відповідно до визначення ВООЗ, синдром вигоряння — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою отримати тимчасове полегшення з тенденцією до розвитку фізичної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. У Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) синдром вигоряння віднесено до діагностичного таксону — Z73 (проблеми, пов'язані зі складними умовами життя) за кодом Z73.0 — «перевтома» як стан виснаження життєвих сил [вигоряння].

Емоційне вигоряння — це синдром, визнаний наслідком хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдається впоратися. 2019 року ВООЗ ухвалив рішення про внесення професійного синдрому емоційного вигоряння і в МКХ-11, де виокремлено такі ознаки синдрому вигоряння: відчуття мотиваційного і фізичного виснаження; наростання психічного відсторонення від професійних обов'язків або відчуття негативізму/цинізму щодо професійних обов'язків та зниження працездатності. Вигоряння не класифіковано як захворювання і записано до класу «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я» як синдром, зумовлений професійною діяльністю (код QD85).

За даними Medscape, половина лікарів відзначають у себе ознаки вигоряння. Цей показник збільшився на чверть за останні чотири роки. Жінки частіше страждають від вигоряння. У дослідженні Smoktunowicz E. та співавт. показано, що 70,0 % респондентів відчують пов'язані зі стресом емоційні проблеми і проблеми зі здоров'ям або спостерігали їх у своїх колег, тоді як 60,0 % відзначають, що симптоми вигоряння непокоять їх постійно. В Америці більше половини лікарів і третина середнього і молодшого медичного персоналу відчують симптоми вигоряння.

На ґрунті метааналізу десятирічних досліджень (1997—2017) у психіатрів поширеність певних складників синдрому вигоряння становить: емоційне виснаження— 40,0 %, деперсоналізація — 22,0 %, низький рівень особистих досягнень — 19,0 %. Так само зазначено, що третина чоловіків і чверть жінок вважають зміну професії способом профілактики вигоряння. Високий рівень вигоряння виявлений у працівників гострих психіатричних відділень. Лише 37,0 % працівників психіатричної служби відчують себе щасливими або дуже щасливими на робочому місці. У дослідженні сінгапурських психіатрів виявлено, що фахівці з досвідом роботи менш ніж 5 років відзначають у себе найвищий рівень стресу і професійного вигоряння, що збігається з даними інших досліджень і метааналізів.

У нашому власному дослідженні симптоми вигоряння були виявлені у 59,3 % досліджуваних фахівців сфери охорони психічного здоров'я, які відзначали негативний вплив цих симптомів на роботу і стосунки з колегами. Основними факторами, які цьому сприяли, опитані назвали низьку заробітну плату (65,1 %) і великі навантаження на роботі (34,9 %). Чверть працівників сфери охорони психічного здоров'я вказали, що замислювалися про зміну професії. Респонденти з симптомами вигоряння частіше мали суїцидальні думки (23,5 %). Тільки п'ята частина респондентів з наявними симптомами вигоряння і депресії зверталися по професійну допомогу, значна частина загальної кількості лікарів (60,8 %) не планували і не планують звертатися по допомогу. Майже половина працівників психіатричних служб, які мають симптоми вигоряння, рідко відчували себе щасливими на робочому місці. Симптоми вигоряння прямо корелюють з низьким рівнем щастя на робочому місці. Серед стратегій подолання вигоряння і депресії, на думку працівників сфери охорони здоров'я, на першому місці є полегшення робочого процесу.

14.2.1. Причини, що санкціонують розвиток синдрому вигоряння

Причини, що сприяють формуванню синдрому вигоряння, — різноманітні. Розрізняють загальні для всіх медичних професій фактори, що предиспонують, і специфічні для кожної сфери діяльності причини його розвитку. Серед загальних факторів найбільш значущі такі.

1. *Особливості організації робочого процесу* і професійних комунікацій:

- велике робоче навантаження, робота з документацією та комп'ютеризація медичних послуг;

- директивний стиль спілкування і сувора ієрархія взаємин серед персоналу, що спричиняє придушення ініціативи, можливості самореалізації і зниження самооцінки. Рольовий конфлікт або невизначеність;

- немає стимулів для особистісного та професійного зростання, рутинізація професійної діяльності;

- функціонування організаційної структури в режимі адиктивної системи, при якому керівник є адиктом (наприклад, має залежність від алкоголю, сексуальні адикції, трудовголізм).

2. *Особистісні особливості* фахівця:

- соціальна тривога і низька фрустраційна толерантність;

- реакція на стрес за типом А: ситуація вирішується агресивно, в суперництві, нестримно;

- низький рівень самооцінки і екстернальний локус контролю.

3. *Ціннісно-нормативне регулювання* і взаємодія з різними соціокультурними інститутами.

14.2.2. Особливості синдрому вигоряння у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я

Особи, що працюють у сфері охорони психічного здоров'я (лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, медичні психологи, логопеди, педагоги-дефектологи, соціальні працівники, середній і молодший медичний персонал) найбільшою мірою зазнають професійного вигоряння, тому що їхня професійна діяльність пов'язана не тільки з великою кількістю контактів з людьми, але і з особливостями цих контактів і взаємин.

1. *Психіатри і наркологи*

Дослідження, проведені в різних регіонах світу, дають змогу вважати, що до вигоряння схильні психіатри всього світу, а ступінь його вираженості великою мірою визначають культуральні характеристики.

Ризик вигорання у персоналу психіатричних служб серед медичного персоналу позалікарняних психіатричних служб — вищий, ніж серед персоналу психіатричних лікарень. У членів бригад поза-лікарняних служб психічного здоров'я рольові деформації і ознаки вигорання реєструють рідше. Цей феномен можна пояснити тим, що робота в таких бригадах пов'язана з відкритим способом прийняття рішень, взаємною підтримкою, вільнішими і приємнішими умовами роботи.

Відзначають, що частіше синдром вигорання спостерігається у співробітників відділень для хронічно психічно хворих, у молодих лікарів-психіатрів, у соматично ослаблених працівників.

Вигорання може потенціювати суїцидальну поведінку. Лікарі-психіатри належать до групи найвищого суїцидального ризику серед усіх категорій медичних працівників. У них — велика частота депресій, залежностей від алкоголю та інших психоактивних речовин, набагато вище частота психосоматичних розладів.

Американськими медичної і психіатричної асоціаціями (American Medical Association, American Psychiatric Association) встановлено, що третина з психіатрів вчинили суїцид в перші роки професійної діяльності, а ризик суїциду у жінок-психіатрів учетверо вищий, ніж у загальній популяції жінок. До групи ризику були зачислені лікарі-психіатри, які вживають алкоголь і наркотики або перебувають в стані гострого чи хронічного стресу.

Специфічні фактори ризику розвитку синдрому вигорання:

1. Немитичне виникнення під час спілкування персоналу з хворими феноменів «перенесення», «контрперенос», «опір», «негативна психотерапевтична реакція», «відреагування».

2. Нагальна потреба вести постійне спостереження за великою кількістю пацієнтів, серед яких є соціально небезпечні, агресивні, схильні до суїцидальних і імпульсивних дій хворі.

3. Постійна, найчастіше несвідома тривога про власну фізичну безпеку.

4. Найчастіше до синдрому вигорання схильний персонал, що працює:

- в гострих психіатричних і психогеріатричних відділеннях;
- з недієздатними і неосудними пацієнтами;
- з особами, які вживають психоактивні речовини і хворіють на COVID, СНІД;
- у відділеннях, де панує гнітюча казенна обстановка, заграбовані вікна і огорожена територія відділення.

Ступінь вираженості синдрому вигорання корелює з лікувальною ідеологією: він менш виражений у психотерапевтично і соціально орієнтованих психіатрів і більш виражений — у біологічно орієнтованих фахівців.

2. Online консультанти

Спеціалісти, що надають соціально-психологічну *online*-підтримку населенню та психологічну і психіатричну допомогу хворим, схильні до професійного вигорання. Крім загальних причин, що сприяють вигоранню, їхня робота має низку специфічних стресогенних чинників.

- Юридична невизначеність і незахищеність спеціаліста, що надає психологічні та психіатричні *online* послуги.

- Порушення режиму сну у співробітників цілодобових *online* сервісів («Телефон довіри», «Кризові ліній» тощо).

- Спеціалісти часто бачать чи чують клієнта єдиний раз і не знають результатів своєї роботи, що породжує відчуття незавершеності і незадоволеності.

- Робота з людьми, які переживають кризові стани (втрата близької людини, фатальні захворювання, драматичні ситуації в сім'ї тощо). У цих випадках всі екзистенційні проблеми і негативні емоції, призначені для інших, «вихлюпуються» на консультанта.

- Консультування осіб з суїцидальними думками і намірами — це психологічно тяжка ситуація не тільки для клієнта, але і для консультанта, який змушений брати на себе роль рятувальника, свідомо не знаючи про результат.

- Неконтрольована кількість *online* звернень за зміну, неможливість підготуватися до них, відмовитися від діалогу або відстрочити його хоча б на кілька хвилин.

- Періодично виникають ситуації, коли консультант стає об'єктом відреагування агресії, він не захищений від образ, сексуальних маніпуляцій і розіграшів.

- Підвищене навантаження на зоровий, слуховий і голосовий апарат, гіподинамія.

Прояви емоційного вигорання серед *online* консультантів:

- страх або небажання наступного дзвінка;
- хронічне відчуття втоми, пригніченості, швидка стомлюваність і нервово виснаження;
- знижений фон настрою і низький поріг виникнення тривоги;
- почуття незавершеності контакту, винності;
- порушення ритму сну і неспання;

- психосоматичні розлади;
- короткочасні психогенні реакції у вигляді нав'язливих уявлень, думок, сумнівів і навіть фобій після складних, емоційно важких консультацій;

- зміна професійної ідентифікації і самооцінки;
- зміна ставлення до абонентів з позитивного на негативний, що виявляється в тому, що абонент починає збуджувати у консультанта роздратування, злість, гнів, огиду і інші негативні почуття, яких не було раніше.

- підміна творчої продуктивної діяльності формальним виконанням обов'язків (стандартизація спілкування, застосування в роботі стереотипних навичок, однакових заготовок).

3. Психотерапевти і медичні психологи

Специфіка роботи психотерапевтів та медичних психологів, що сприяє розвитку синдрому вигорання, полягає в тому, що вони постійно стикаються в своїй практиці з клієнтами, котрі пережили або переживають ту чи ту травматичну подію. Робота з ними передбачає допомогу в оповіданні про травматичні події, надання можливості висловити негативні почуття і переживання і полегшення їх впливу. Все це може призвести до виникнення у самого консультанта «вторинного травматичного стресу». Крім того, в психотерапії від лікаря потрібний високий ступінь особистої залученості в процес лікування.

Прояви емоційного вигорання серед психотерапевтів і практикуючих психологів:

- постійне відчуття стурбованості з приводу роботи;
- відчуття тяжкості і порожнечі, пов'язані з роботою;
- роздратування, спрямоване на колег;
- ставлення до виконуваної роботи як до важкої неминучості, а не як до чогось, що дає задоволення;
- зниження здатності фахівців успішно вирішувати власні особисті та професійні проблеми;
- збільшення негативного досвіду взаємин з сім'єю і значущими людьми;
- депресія і психосоматичні розлади.

Виявлено кореляції між частотою появи синдрому вигорання у психотерапевтів, умовами їх роботи і робочим навантаженням. Психотерапевти, що працюють в державних установах, більш схильні до ризику вигорання, ніж ті, що мають приватну практику.

14.3. Освітні програми профілактики синдрому вигорання у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я

Стан психічного здоров'я медичних працівників впливає на якість їхньої роботи. Чим нижче якість медичного обслуговування і безпека пацієнтів, тим вигорання статистично вище, що продемонстровано в дослідженнях на шести континентах, в 33 країнах.

У квітні 2018 року в США опублікована Хартія благополуччя лікарів, в якій наведені провідні принципи розв'язання проблеми вигорання. Є рекомендації ВООЗ щодо профілактики синдрому вигорання. Експерти ВООЗ розробляють програми з охорони психічного здоров'я на робочому місці, що ґрунтуються на принципах доказової медицини. Експерти клініки Мейо (Mayo Clinic, США) описали стратегії зменшення вигорання у співробітників. Практичний інтерес становить інтернет-втручання Med-Stress, спрямоване на зменшення стресу і вигорання на роботі.

В Україні створена і впроваджена освітня програма профілактики синдрому вигорання у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я, метою якої є первинна профілактика емоційного вигорання.

Програма побудована не тільки з урахуванням специфіки роботи фахівців сфери охорони психічного здоров'я, але і з урахуванням переходу на систему безперервної професійної освіти і двох періодів медичної освіти: періоду навчання в медичному закладі вищої освіти (додипломної освіти) і періоду післядипломної освіти.

Описано освітні стратегії превенції вигорання і методологія його здійснення в двох напрямках: інформаційному та навчальному.

14.3.1. Період додипломної освіти

Первинна профілактика синдрому вигорання повинна починатися вже під час навчання у закладі вищої освіти і включати два основних напрямки: інформаційний і навчальний.

Інформаційний напрямок. Під час вивчення різних клінічних дисциплін доцільно надавати студентам інформацію про вимоги до фізичного і психологічного стану, які потрібні для успішної роботи в певній галузі медицини, джерела емоційного стресу під час роботи з різними групами пацієнтів, а також фактори ризику розвитку вигорання і його профілактики. В цьому разі здоровий спосіб життя, в самому широкому сенсі цього поняття, стане невід'ємною частиною професійного мислення студента-медика.

Навчальний напрямок. На етапі додипломної освіти треба навчати студентів базовим навичкам професійної комунікації, психологічного захисту, само- та взаємодопомоги. Ці навички доцільно відпрацьовувати на кожній клінічній кафедрі. На циклі з медичної психології та психіатрії знання про професійне вигоряння у медичних працівників і про психологію взаємин в системі «лікар — сестра — пацієнт — родичі» повинні бути розширені. Нині, коли на зміну принципу патерналізму в медицині прийшов принцип співпраці, що передбачає інформування пацієнта і родичів про всі етапи лікування і отримання від нього (них) згоди на проведення лікувальних процедур, вимоги до продуктивних комунікативних навичок лікаря підвищуються.

Отже, до закінчення медичного закладу вищої освіти, лікар вже буде мати базові знання про професійні деформації та їх профілактику, первинні навички само- та взаємодопомоги, а також навички професійної комунікації.

14.3.2. Період післядипломної освіти

Період післядипломної освіти має два етапи: навчання в інтернатурі та проходження курсів підвищення кваліфікації. Як показує досвід, найбільш реальним і продуктивним періодом для розгляду численних проблем професійного вигоряння і його профілактики є періоди навчання лікарів-психіатрів на очній частині інтернатури і на циклах тематичного удосконалення лікарів.

Навчання в інтернатурі

Період навчання в інтернатурі є основним етапом професіоналізації, протягом якого проблема професійного вигоряння має бути викладена якомога докладно, з урахуванням специфіки роботи з психічно хворими людьми.

Оптимальним підходом до навчання молодого фахівця є особистісно-орієнтована підготовка з акцентом на розвиток особистості лікаря і формування його продуктивних взаємин з пацієнтами.

Інформаційний напрямок. На лекціях та/або семінарських заняттях доцільно розглянути такі теми:

1. Вплив професійної діяльності на особистість лікаря.
2. Фактори, що санкціонують і лімітують розвиток професійного вигоряння.
3. Характеристика синдрому вигоряння і його ознаки.
4. Динаміка розвитку синдрому професійного вигоряння і модель його формування.

5. Особливості синдрому вигоряння у співробітників психіатричних служб (психіатри, наркологи, психотерапевти, телефонні консультанти, соціальні працівники, медичні сестри тощо).

6. Особливості терапевтичного альянсу лікаря, медичного персоналу, пацієнта і його родичів в психіатричних службах.

7. Корекція і профілактика професійного вигоряння.

Навчальний напрямок здійснюється на практичних заняттях у формі тренінгів і групових занять, на яких інтерни навчаються:

- 1) комунікаційним навичкам під час спілкування з пацієнтами та їхніми родичами;
- 2) виробленню впевненості в собі;
- 3) технікам релаксації;
- 4) технікам, спрямованим на підвищення переносимості людиною професійного стресу (аутогенне тренування, «щеплення від стресу», систематична десенсибілізація тощо);
- 5) технікам контролю власного часу (методика time management);
- 6) принципам проведення дебрифінгу після критичної ситуації (на прикладі ситуації скоєння агресивного акту і суїциду пацієнтом психіатричної лікарні).

Для виявлення синдрому вигоряння доцільно провести психологічне тестування (за добровільної згоди) і якщо є потреба — провести корекційні заходи.

Навчання на курсах підвищення кваліфікації лікарів

На курсах підвищення кваліфікації лікарів ознайомлюють з інформацією про професіогенез і професійні кризи особистості лікаря, з факторами, що визначають професійний успіх, зі стратегіями поведінки в професійному середовищі і в кризовій ситуації, а також з програмами профілактики та корекції вигоряння. Обговорюються проблеми, властиві фахівцям з різним стажем роботи, і шляхи їх подолання.

З урахуванням причин, що санкціонують розвиток синдрому вигоряння, з лікарями обговорюються стратегії профілактики та корекції синдрому вигоряння за такими напрямками:

1. Стратегії, що спрямовані на корекцію особистісних особливостей фахівця і які фокусуються на рівні персоналу.
2. Стратегії, які фокусуються на терапевтичній ідеології, та особливості медичної субкультури.
3. Стратегії, що спрямовані на корекцію взаємин в колективі.
4. Стратегії, які фокусуються на особливостях роботи з психічно хворими.

Доцільно проведення фокус-груп, на яких обговорюються стратегії профілактики психічної дезадаптації у медичного персоналу у разі суїциду в психіатричному відділенні, проводяться дискусії про юридичну відповідальність лікаря. Наприклад, на тему «Чи може синдром вигоряння у співробітників психіатричних служб бути обставиною, яка пом'якшує юридичну відповідальність?».

Навчальні програми можуть здійснюватися в різній формі, мати різну тривалість і різний зміст. Вони можуть проводитися для групи фахівців з однієї організації (наприклад, для лікарів відділень і закладів для примусових заходів медичного характеру, для лікарів-наркологів, для фахівців, що працюють з ВІЛ-інфікованими і пацієнтами з COVID-19 та їхніми родичами) або для групи з різних медичних установ. У кожному конкретному випадку в тематиці має бути відображена професійна специфіка саме цієї групи слухачів.

Діагностика синдрому вигоряння і перші етапи корекції можуть бути проведені у лікарів-курсантів в період проходження курсів підвищення кваліфікації (за їх бажанням). Як показує досвід, лікарі охоче (в деяких випадках анонімно) тестуються на предмет діагностики синдрому вигоряння і надалі отримують консультації.

Профілактика синдрому вигоряння особливо актуальна в період проведення реформ, які призводять до інтенсифікації професійної діяльності і пов'язані з низкою юридичних і організаційних змін. З урахуванням нестримного дефіциту медичних кадрів в Україні (зокрема і співробітників психіатричних служб), збільшенням їх середнього віку, соціальної і професійної нестабільності, підвищеного емоційного і фізичного навантаження на робочому місці, розроблення і впровадження на державному рівні програм навчання, профілактики та корекції професійного вигоряння у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я, повинні стати пріоритетними.

14.4. Охорона психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19

Медичний персонал є одним з ключових ресурсів держави в ситуації пандемії. Відомості щодо психічного і психологічного стану медичних працівників, що беруть участь в ліквідації наслідків коронавірусного захворювання, спричиненого вірусом SARS-CoV-2, дають змогу припустити, що ці наслідки можуть призвести до небезпек, які перевищуватимуть наслідки самої пандемії. Тому підтримка фізичного і психічного здоров'я персоналу має дуже важливе значення для боротьби з пандемією.

Надмірне психічне навантаження на медичних працівників, які перебувають у спалахах пандемії і мають підвищений ризик зараження і психологічного травмування під час догляду за інфікованими пацієнтами, має як короткострокові так і довгострокові наслідки для їхнього психічного здоров'я і психологічного благополуччя.

Серед короткострокових наслідків у медичних працівників лікарень для важких пацієнтів із COVID-19 найчастішими є тривожні, депресивні розлади та розлади, пов'язані зі стресом. Порівняно з іншими професійними групами, у цих медичних працівників виявлений найвищий рівень поганої якості сну. Інсомнія дуже часто буває одним з проявів тривожних і депресивних розладів та є одним з найважливіших факторів ризику розвитку ПТСР.

Психічний стан медичних працівників після завершення епідемій ще довгі роки потребуватиме психологічного втручання і психіатричної корекції. Через рік після закінчення спалаху епіdemії SARS 2003 року в Китаї у медичних працівників був зафіксований більш високий рівень стресу ніж у хворих, що одужали, а через три роки рівень депресивних симптомів підвищився. Було також встановлено, що альтруїстичне сприйняття ризику під час спалаху зменшило ймовірність високого рівня депресивних симптомів після спалаху. Подібні результати були зареєстровані і в інших дослідженнях.

Важливим чинником психічної дезадаптації медичних працівників є фактор психологічного впливу епіdemії COVID-19 на членів їхніх родин. Найбільш уразливими щодо психічних порушень (тривога, депресивні симптоми) є батьки і найближчі родичі.

Ситуація пандемії спричинила психічні проблеми, а саме стрес, занепокоєння, депресивні симптоми, безсоння, заперечення, гнів і страх. Ці проблеми з психічним здоров'ям не тільки впливають на увагу, розуміння і здатність медичних працівників приймати рішення, що може перешкодити боротьбі з SARS-CoV-2, але також можуть мати довгостроковий вплив на їх загальне благополуччя. Охорона їх психічного здоров'я має важливе значення для боротьби з епіdemією та стану їхнього власного здоров'я в довгостроковій перспективі.

Як і все населення, медичні працівники переживають соціально-психологічні наслідки пандемії, які становлять ризики для їх психологічного благополуччя і психічного здоров'я.

Зумовлена впливом засобів масової інформації та соціальних мереж «інфодемія» провокує страхи, тривогу і депресію, а карантин, соціальне дистанціювання та соціальна ізоляція ще більше їх підсилюють.

Вплив карантину на психічний стан медичних працівників вивчали ще в період спалаху SARS 2003 року. Було виявлено, що перебування на карантині є провісником ПТСР за три роки. У медичних працівників були діагностовані більш важкі симптоми ПТСР, ніж в загальній популяції. Перебування на карантині позитивно корелює зі зловживанням алкоголем, симптомами залежності та поведінкою уникнення через три роки після карантину. Медичні працівники також відчували більшу стигматизацію, ніж населення, більше виявляли поведінку уникнення, повідомляли про більший втрачений дохід і постійно зазнавали психологічного травмування.

Медичні працівники також можуть страждати як від зовнішньої стигми, так і від самостигматизації. Зовнішня стигматизація пов'язана зі страхом людей контактувати з тими, хто лікує пацієнтів з COVID-19. Самостигматизація є проявом незадоволених потреб і страхів. Вона також може бути наслідком вікарної травматизації.

Президент міжнародного комітету Червоного Хреста Peter Maurer на засіданні Ради безпеки ООН 27 травня 2020 року заявив про те, що за період пандемії з 13 березня 2020 в 13 країнах світу зафіксовано 208 нападів на медичних працівників та медичні установи, які надають допомогу пацієнтам з COVID-19. Фізичні напади становили 23 %, дискримінація з проявами невербальної і вербальної агресії — 20 %, умисне ненадання або відмова в наданні допомоги, вербальна агресія, зневага до заходів захисту медичного персоналу та умисне незабезпечення засобами захисту — 57 % випадків.

Особливо треба відзначити надлишкову перевантаженість медичних закладів і їх працівників, які у розпал пандемії не можуть надати допомогу всім хворим. У медичних працівників виникає морально-етична дилема, описана англійським філософом Філіппою Фут як проблема «вагонетки», проблема вибору. В ситуації COVID-19 найчастішим вибором є: кого госпіталізувати в реанімаційне відділення і дати шанс вижити, а кого — ні.

14.4.1. Специфічні джерела стресу для медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19

1. Обов'язковість застосовування суворих заходів біологічної безпеки:

- фізичні незручності та напруження при постійному носінні спеціального одягу та засобів захисту;
- фізична ізоляція (обмеження на фізичні контакти, навіть після робочого дня);

— постійна поінформованість і пильність щодо процедур інфекційного контролю;

— суворе дотримання протоколу проведення медичних процедур, неприпустимість спонтанності дій.

2. Фактори, що пов'язані з ризиком передачі захворювання:

— постійний інфекційний контроль, який може бути дуже стресогенною подією, тому що звичайні симптоми грипу та застуди вважають за COVID-19, поки не отримають результати тесту;

— суперечність між пріоритетами громадської охорони здоров'я і побажаннями пацієнтів та їхніх сімей щодо карантину.

3. Психологічні та особистісні проблеми:

— страх зараження і професійний ризик;

— надмірні прояви ототожнення і контрпереносу;

— внутрішній конфлікт між потребами роботи і сім'ї, який посилюється ймовірністю заразити COVID-19 родину.

4. Специфічні умови праці:

— постійне щоденне надмірне навантаження, непередбачувана кількість нових пацієнтів і екстрених ситуацій, дефіцит сну;

— постійне спостереження за погіршенням фізичного та психічного стану хворих та їх смерті, що веде до вікарної (вторинної) травматизації;

— стигматизація.

Медичний персонал, що працює в умовах пандемії, має дуже високий рівень формування професійного вигоряння. З одного боку, синдром емоційного вигоряння — це певний тип реагування на хронічний професійний стрес, який дає змогу людині дозувати і економно витрачати енергетичні ресурси. Але з другого боку, соматичні, психологічні та психопатологічні феномени, що виникають, мають несприятливі наслідки для здоров'я і професійної діяльності фахівця. Профілактика синдрому вигоряння є одним з ресурсів зміцнення психічного здоров'я медичних працівників в ситуації пандемії.

14.4.2. Корекція та профілактика вигоряння

За даними досліджень, однією з істотних ментальних проблем у медичних працівників є погана якість сну. Якщо інсомнія є первинною, а не є проявом тривожно-депресивних розладів та ПТСР, і людина і далі працює, то когнітивно-поведінкова терапія є терапією першого вибору при безсонні. Європейська академія когнітивно-поведінкового лікування безсоння пропонує такі кроки для поліпшення сну.

Рекомендації для медичного персоналу та працівників із підвищеним навантаженням, що впливає на якість та тривалість сну:

1. Плануйте короткий час для спілкування з довіреними колегами чи членами сім'ї, щоб висловити стрес та інші емоції та занепокоєння щодо робочої ситуації протягом дня.

2. У обмежений вільний час знаходьте завдання, які відволікають увагу і є знайомими діями.

3. Обмежте, наскільки це можливо, кількість часу, коли ви слухаєте новини про спалах COVID-19, що безпосередньо не пов'язані з вашою особистою робочою ситуацією.

4. У вільний час намагайтеся регулярно робити фізичні вправи, але не безпосередньо перед сном.

5. Намагайтеся отримувати природне денне світло протягом дня, а якщо немає можливості, використовуйте яскраве освітлення на роботі, але не в кімнаті, де ви спите. Спробуйте мати там, де ви спите, тьмяне світло.

6. Вибирайте знайомі заходи, що розслаблюють, перед сном або ввечері: читання книг, йога тощо.

7. Їжте легкі страви, якщо це можливо, у встановлений час, а не безпосередньо перед настанням бажаного сну, щоб запобігти порушенню сну через перетравлювання їжі.

8. Якщо ви відчуваєте симптоми, пов'язані з втомою, повідомте колег та керівника і подрімайте. Навіть коротка дрімота може допомогти частково зменшити ці симптоми.

9. Після тривалої зміни не їдьте додому власним автомобілем, щоб уникнути аварії. Якщо можливо, доберіться додому пішки, на велосипеді або громадським транспортом.

Чинна європейська інструкція щодо діагностики та лікування безсоння рекомендує бензодіазепіни та агоністи рецепторів бензодіазепіну для короткочасного використання як лікування другої лінії, якщо когнітивно-поведінкова терапія була малоефективною або недоступною. Якщо є тривожно-депресивні та пов'язані зі стресом розлади, де порушення сну є вторинним, призначають седативні антидепресанти.

Класичні психотерапевтичні та психологічні втручання, спрямовані на корекцію психічного стану медичних працівників в ситуації спалаху пандемій, здебільшого є мало здійсненими. Реалізація психологічного втручання серед медичних працівників лікарень Китаю в період епідемії SARS 2003 року натрапила на перешкоди. Вони неохоче брали участь у групових або індивідуальних психологічних

сесіяx. Деякі медичні сестри демонстрували ознаки психологічних страждань, збудливість, дратівливість, небажання відпочивати. Вони відмовлялися від будь-якої психологічної допомоги та заявляли, що у них немає проблем. У 11 % випадків було виявлено високий рівень травматичних стресових реакцій, включно з депресією, тривожністю, ворожістю та симптомами соматизації.

Під час спалаху епідемії психосоціальна підтримка здебільшого зосереджена на особах, які перебувають на карантині, і медичному персоналі (рис. 14.1). Соціальну підтримку та психологічне втручання переважно надають через гарячу телефонну лінію та Інтернет (наприклад, WeChat або інші мобільні застосунки).

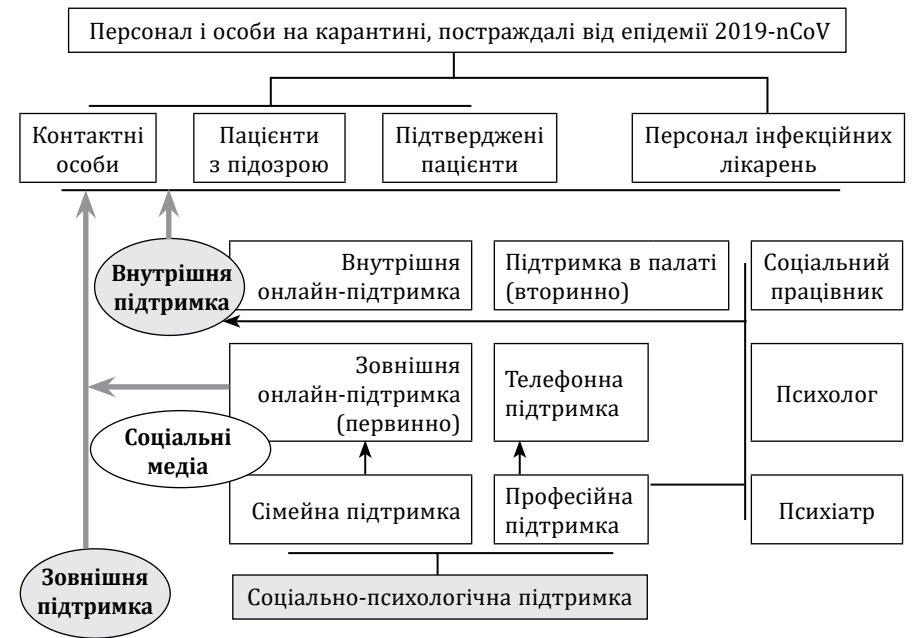


Рис. 14.1. Соціально-психологічна онлайн-підтримка населення та персоналу, що перебувають на карантині (адаптовано з Zhang J. та співавт., 2020)

Медичні працівники є особливою групою, яка потребує великої соціальної підтримки, і вони також є важливою силою для надання соціальної підтримки пацієнтам. Щоб гарантувати їх постійну ефективну роботу, слід контролювати стан їхнього психічного здоров'я і надавати безперервну своєчасну допомогу. 2010 року в Лос-Анджелеській агенції з невідкладної медичної допомоги Dr. Merritt Schreiber розробив

покрокову модель управління стресом для медичних працівників «Anticipated, Plan and Deter»: передбачати, планувати, стримувати:

Передбачати — пройти стрес-тренінг ще до події; розуміти стрес-менеджмент; висловлювати образи, які характеризують ймовірні катастрофічні реакції на подію.

Планувати — розробити індивідуальний план резильєнсу (відновлення після психологічних проблем); відшукати індивідуальні або групові копінг-ресурси.

Стримувати — навчитись використовувати індивідуальний план резильєнсу та моніторувати рівень стресу.

Отже, охорона психічного здоров'я і соціально-психологічна підтримка медичних працівників є одним з важливих напрямків боротьби з пандемією коронавірусної хвороби. Управління психологічними кризами під час пандемій має спиратися на психогігієнічні і психопрофілактичні заходи як на рівні індивіда, так і на рівні суспільства загалом.

Запитання для контролю знань

1. Специфічні джерела стресу для медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19.

2. Поняття синдрому вигорання.

3. Фази розвитку синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах пандемії.

4. Корекція та профілактика синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах пандемії.

5. Особливості роботи з медичним персоналом в кризовій ситуації.

Список використаної літератури

1. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013—2020 гг. Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2013. 30 с. URI: <https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/euro-pean-mental-health-action-plan-20132020-the>.

2. Психическое здоровье на рабочем месте: навстречу глобальным инициативам. 2019. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>.

3. Лікування та профілактика COVID-19. Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії : навчальний посібник / за ред. О. Є. Абатуров, С. О. Крамарьов, Л. М. Юр'єва. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. С. 179—186.

4. Юр'єва, Л. М. Охорона психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 // Медичні перспективи. 2020. Т. 25, № 4. С. 12—21. URL: <http://www.medpers.dsma.dp.ua/>.

5. Юр'єва, Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев : Сфера, 2004. 271 с.

6. Laschinger H., Montgomery A. Burnout in healthcare: what do we know and what should we do? // Burnout Research. 2014. Vol. 1, No. 2. P. 57—58.

7. O'Connor K., Muller Neff D., Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants // European Psychiatry. 2018. Vol. 53. P. 74—99. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.003.

8. Peckham C. Medscape Lifestyle Report 2017: Race and Ethnicity, Bias and Burnout: URL: <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/overview#page=1Medscape>.

9. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis / Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L. [et al.] // Journal of General Internal Medicine. 2017. Vol. 32, No. 4. P. 475—482. DOI: 10.1007/s11606-016-3886-9.

10. Taylor, S. The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease: Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019. 178 p.

11. Yuriyeva, L. N. Educational Programs for Burnout Prevention among Healthcare Professionals in Mental Health // Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology. 2019. Vol. 10, No. 2. P. 345—352. URL: <http://psihea.recipe.by/ru/>.

12. Zhang, J., Wu, W., Zhao, Z., Zhang, W. Recommended Psychological Crisis Intervention Response to the 2019 Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak in China: A Model of West China Hospital // Precision Clinical Medicine. 2020. Vol. 3 (1). P. 3—8. DOI: <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.

Розділ 15.

Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків

Основним елементом здоров'я і благополуччя будь-якої людини є її здатність жити повноцінним життям. *Психічне здоров'я дитини*, яке ґрунтується на психологічному благополуччі під час її зростання та виховання, є не тільки фундаментом життя та запорукою природного біопсихосоціального становлення окремої особистості в конкретній родині, але й розвитку всього суспільства. Це ґрунтується на розумінні, що психічне здоров'я асоціюється із одною з основних цілей існування людини — потребою самореалізації як особистості, що забезпечує соціальну активність та здатність адаптуватися до дійсності, яка постійно змінюється. А це є запорукою якісного та ефективного існування певної соціальної спільноти чи популяції.

Але виклики сучасного життя в багатьох випадках і зовсім з різних причин ставлять під загрозу природний розвиток дитини. Зокрема, різноманітні виклики сучасності — перенавантаження інформації, екологічні проблеми, техногенна насиченість сучасного життя зі зменшенням значущості близькості до природи та природного способу життя, всілякі соціальні проблеми й негаразди тощо — безпосередньо впливають на ранній психофізичний розвиток дитини та психосоціальне становлення особистості дитини, підлітка чи людини молодого віку.

Охорона психічного здоров'я дітей і підлітків є найважливішим завданням для суспільства, але і досить важким, тому що є багато-складовою системою, яка залежить не тільки від системи надання медичної допомоги. Її розвиток та розширення залежать також від соціально-економічних, соціально-психологічних та соціально-культуральних факторів.

Психічні проблеми в будь-якому віці — важлива причина захворюваності, а також величезних і довгострокових соціально-економічних збитків у суспільстві загалом. Витрати на лікування психічних

розладів серед населення, зокрема в дитячому і підлітковому віці, становлять значну частину соціально-економічного тягаря від хвороб людини, через частоту їх виникнення, хронічний перебіг та частоту наслідків, що інвалідизують, з втратою загального коефіцієнта працездатності суспільства загалом.

Зокрема, за даними ВООЗ, діти і підлітки з різними порушеннями психічного здоров'я становлять приблизно 20 % від загальної чисельності дитячо-підліткового населення; водночас в Європі епідеміологічні дослідження наводять оцінку від 14 % до 32 % залежно від віку й гендерної належності (ВООЗ, 2019).

Досить великий та різноманітний спектр захворювань, синдромів та порушень розвитку становить найбільш актуальний виклик системи охорони психічного здоров'я дитячого і підліткового віку, а саме:

- вроджені та набуті у ранньому дитинстві порушення нервово-психічного розвитку органічного генезу (розумова відсталість, спадкові синдроми з порушеннями нервово-психічного розвитку, затримка психічного розвитку);

- розлади аутистичного спектра та інші психотичні розлади раннього віку;

- синдром дефіциту уваги з гіперактивністю;

- розлади поведінки (опозиційно акцентуований розлад, агресивна поведінка, девіантна та/або делінквентна (протиправна) поведінка);

- розлади шкільних навичок (зокрема, й інші наслідки синдрому мінімальної мозкової дисфункції);

- тривожно-фобічні, афективні та адаптаційні (постстресові) розлади, як специфічні для дитячого віку, так і не специфічні;

- розлади шизофренічного спектра;

- саморуйнівна поведінка (суїцидальні прояви та несуйцидальні самоушкодження);

- розлади харчової поведінки;

- психосексуальні розлади (гендерна дисфорія, транссексуалізм, інші порушення статево-психологічного розвитку);

- психічні розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами;

- поведінкові (нехімічні) залежності (насамперед занурення у віртуальну реальність).

Прямі і непрямі наслідки психічних розладів пов'язані з величезним тягарем, як з погляду суспільного здоров'я дитячого населення, так і соціальних наслідків. Наявні системи надання загальної

медичної, медико-психологічної та психіатричної допомоги дітям та підліткам суттєво різняться в сучасному світі, що зумовлено різницею в соціально-економічних можливостях та культуральному ґрунті різних держав, націй та популяцій. Проте, профілактичний напрямок в медицині на сьогодні розвивається як одна з найважливіших сфер системи охорони здоров'я стосовно всіх відомих захворювань, насамперед як запорука зниження загальної захворюваності та інвалідизації, ранньої та/або невчасної смертності, зниження коефіцієнта потенціальної непрацездатності. Безумовно, це стосується розладів психіки та поведінки дитячого та підліткового віку.

Важливим складником системи охорони психічного здоров'я осіб дитячого і підліткового віку є дотримання прав дитини та її батьків, що є особливо важким, якщо є порушення поведінки та психіки у підлітковому віці, які супроводжуються психотичними або тяжкими поведінковими розладами і потребують невідкладної допомоги чи недобровільної госпіталізації; а також коли дитина потребує психіатричної допомоги внаслідок домашнього насильства від батьків чи інших дорослих з оточення.

Найважливішим втіленням системи охорони психічного здоров'я дитячого і підліткового віку є **профілактика психічних розладів у дітей та підлітків**. І вона загалом має певні особливості.

По-перше, педіатрія як така суттєво відрізняється від медицини для дорослих, тому що дитина не є «маленькою копією» дорослої людини. Принципи медичної допомоги у педіатрії, дитячій психіатрії, клінічній психології дитячого віку ґрунтуються на специфічності онтогенетичного розвитку в віці від народження до пубертату та раннього молодого віку — вони враховують специфічні особливості формування та перебігу психічних розладів у дитячому та підлітковому віці.

По-друге, економічні і правові передумови розвитку сучасної української медицини в умовах її якісної перебудови великою мірою, визначені прагненням її реформувати, щоб надавати профілактичну, а часто і терапевтичну допомогу соціально-психіатричної спрямованості. Але, тепер треба брати до уваги, що традиційні профілактичні, періодичні медичні огляди дітей не цілком відповідають завданням сучасної профілактичної, індивідуально спрямованої медицини, тому що орієнтовані на виявлення вже наявних захворювань, тому вони мають низьку саме профілактичну спрямованість.

Проте, **профілактика розладів психіки та поведінки за принципами ВООЗ**, зокрема щодо порушень у дитячому та підлітковому віці,

ґрунтується на справжній цінності психічного здоров'я людини, комплексному підході до формування здоров'я, його збереження та відновлення, запобіганні різноманітним й масштабним наслідкам цих порушень. Тобто охорона психічного здоров'я і благополуччя дитини (підлітка) є найважливішим завданням профілактики психічних розладів дитячого віку.

Отже, завданням профілактики психічних розладів в дитячому віці є запобігання дії на організм дитини хвороботворних чинників задля попередження розвитку захворювання за допомогою ранньої діагностики і лікування, а також проведення заходів, які запобігають виникненню рецидивів розладів та їх переходу в хронічні форми.

Фокуси спрямованості профілактичних заходів щодо психічних розладів у дітей та підлітків повинні бути спрямовані на:

— детермінанти їх розвитку (біопсихосоціальні чинники виникнення та хроніфікації таких порушень);

— їх клінічні прояви (різні види нозологій та синдромів), з огляду на їх коморбідність (патогенетичний взаємовплив) з іншими соматичними розладами;

— психофізичні особистісні, родинні (колективні) та макросоціальні (суспільні) наслідки.

Загальну профілактику розладів психіки та поведінки у дитячому та підлітковому віці треба здійснювати *на трьох різних рівнях* її організації:

1. **Державний рівень** (суспільний, популяційний), заходи на якому мають загальний масштаб впливу на суспільство країни загалом і повинні спрямовуватися на постійне укріплення психічного здоров'я та психологічного благополуччя дітей та підлітків, а також універсальну профілактику порушень психіки та поведінки в дитячому віці за допомогою вдосконалення законодавства, нормативних актів, міжвідомчого співробітництва та інших заходів, спрямованих на підвищення поінформованості населення про фактори ризику розвитку психічних розладів та зменшення їх впливу (наприклад, зниження рівня бідності в суспільстві; вирішення питань працевлаштування молоді; вирішення житлових проблем населення; зниження попиту на алкоголь і тютюн, особливо серед молодших поколінь; підвищення рівня освіти та культури; розвиток програм соціальної підтримки уразливих групи населення, а саме мігрантів і людей, що постраждали під час соціальних та збройних конфліктів і стихійних лих, а також програм з інформування населення щодо питань здоров'я, планування родини тощо).

2. *Рівень місцевої громади, спільноти* — заходи, яких вживають безпосередньо в районах проживання та активності дітей та підлітків з метою укріплення їх фізичного і психічного здоров'я, сприяння психологічному благополуччю, а саме місцеві програми з психофізичного розвитку дітей та молоді; залучення підлітків та молоді до громадського самоврядування; програми — з попередження домашнього насильства; з охорони громадського порядку в громадах, запобігання вживанню психоактивних речовин; психосоціальні заходи щодо родин, які перебувають у несприятливих умовах або є несприятливими до дітей; з охорони психічного здоров'я на роботі, в освітніх закладах; видання просвітницької літератури тощо. На цьому рівні втілюються програми підтримки здоров'я на робочих місцях батьків (наприклад, програми з профілактики стресу); зміцнення психічного здоров'я в дошкільних навчальних закладах та школах, певною мірою — в закладах середньої та вищої освіти (наприклад, програми змін в школах задля сприятливих умов навчання дітей, поширення інклюзивної освіти, здорового способу життя та навичок життєвої безпеки, популяризації фізичної активності тощо); а також створення місцевих реабілітаційних центрів для дітей з вродженими чи набутими вадами психічного здоров'я.

3. *Рівень системи охорони здоров'я*, який є здатним надавати індивідуально орієнтовану, скоординовану спеціалізовану медичну, соціально-медичну та медико-психологічну допомогу дітям та підліткам з психічними та коморбідними до них соматичними захворюваннями. Профілактичні заходи на цьому рівні спрямовують на цільову профілактику окремих захворювань; раннє виявлення психічних порушень насамперед у немовлят і маленьких дітей; втілення системної та поетапної психореабілітаційної допомоги дітям та підліткам з наявними психічними і коморбідними порушеннями під час надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги; поліпшення медико-профілактичної роботи на рівні первинної медичної допомоги.

Профілактика розладів психіки та поведінки дитячого та підліткового віку має два базові компоненти:

— психофізичні особливості онтогенетичного розвитку в дитячому та підлітковому віці;

— психічні розлади, формування яких безпосередньо пов'язане з особливостями дитячого віку.

Засоби з профілактики ґрунтуються на розумінні етіопатогенетичного принципу біопсихосоціальної моделі у медицині, яка виходить з мультифакторності виникнення та патогенетичного розвитку

будь-яких психічних розладів, відповідно до якої розвиток особистості, її здоров'я, адаптація до життя чи поява захворювання залежать від комбінації генетичних та соціальних факторів.

Основні методи профілактики психічних захворювань в дитячому та підлітковому віці:

Первинна психопрофілактика — це система заходів, спрямованих на попередження виникнення психічних розладів у дитинстві. Ці заходи поширюються на весь спектр психічної патології: психотичні чи невротичні (соматоформні) розлади, розлади, пов'язані з органічною патологією ЦНС, розлади поведінки та особистості, що формується, а також розлади адаптації, специфічні для дитячого віку. Це — загальнопрофілактичні заходи (медико-соціальні, спеціалізовані медичні, медико-психологічні), які збігаються з заходами на всіх рівнях організації психопрофілактики (державному, місцево-громадському та системи охорони здоров'я). Заходи первинної психопрофілактики насамперед спрямовують на охорону психічного здоров'я нинішнього і майбутніх поколінь, зокрема:

— гігієну шлюбу та зачаття, профілактику можливих шкідливих впливів на вагітність, організацію допомоги породіллі;

— раннє виявлення вад розвитку у новонароджених і своєчасного застосування методів лікувально-педагогічної корекції на всіх етапах розвитку дитини;

— попередження психотичних розладів раннього віку (аутистичного спектра, дитяча шизофренія) чи деяких форм розумової відсталості, виникнення яких пов'язане переважно зі спадковою схильністю;

— боротьбу з дитячими соматичними захворюваннями (зокрема, інфекційними), травмами, іншими видами органічній патології головного мозку і психотравматичними впливами (психогенії, несприятливі обставини життя), котрі здатні спричинити затримку або асинхронію психічного розвитку, психічний інфантилізм, невротичні порушення тощо.

Окрім цього треба зазначити **основні внутришньородинні первинні заходи з профілактики** розвитку психічних розладів у дитячому та підлітковому віці:

— формування родини, що добре функціонує, на тлі адаптивно-конструктивних дитячо-батьківських взаємин;

— постійна спрямованість виховальної активності батьків на стабільний емоційно-когнітивний розвиток дитини, що відповідає її віку та стану;

— формування та підтримка батьками адаптивного способу життя та режиму навантажень/відпочинку дитини (зокрема, шкільних завдань) з повноцінним відпочинком і сном (не менш як 8—12 годин на добу залежно від віку), з фізичними навантаженнями й активною ігровою та пізнавальною активністю, що відповідає віку та стану здоров'я дитини (підлітка);

— орієнтування батьками підлітків на встановлення адаптивних взаємин з друзями, пошук улюбленої справи, яка може стати основою для подальшого професійного розвитку або хобі, що розвиває.

До первинних психопрофілактичних медико-психологічних заходів також належать психосвітні заходи для підлітків (які проводять психологи в шкільних та закладах вищої освіти), спрямовані на:

— розуміння особливостей особистісного розвитку (зокрема психосексуального) та міжособистісних взаємин;

— запобігання вживанню психоактивних речовин, ризикової поведінки, самошкоджень тощо;

— самостійного пошуку для отримання потрібної медико-психологічної та психіатричної допомоги (у віці 15—16 років).

Вторинна профілактика — це система заходів, спрямованих на усунення виражених факторів ризику, які за певних умов (зниження захисних сил організму, перевтома, додаткові психотравматичні ситуації) можуть призвести до загострення або рецидиву наявного психічного захворювання, зокрема до виникнення розладів, небезпечних для здоров'я або життя самого хворого або оточення (суїцидальні, агресивні тенденції), а також попередження несприятливого перебігу психічного розладу, його хроніфікації з можливими наслідками, що інвалідизують.

Вторинна профілактика охоплює ранню діагностику і лікування вже наявних психічних порушень, задля досягнення повної і тривалішої ремісії, застосування подальшої підтримувальної терапії, психокорекційних, психотерапевтичних та реабілітаційних заходів, що дають змогу попередити загострення або рецидив хвороби. Її найбільш ефективним методом є диспансерне **амбулаторне спостереження** психіатра та психолога.

Третинна психопрофілактика — специфічний медичний та медико-психологічний комплекс заходів, який спрямовано на попередження формування негативної психопатологічної симптоматики (психічного дефекту) при важких і хронічних психотичних розладах, насамперед шизофренічного й аутистичного спектра або важких органічних ураженнях головного мозку, що здатні прогресувати, а також

на попередження інвалідизації і постійної повної втрати працездатності. Велику роль в цьому відіграє підтримка гарного комплаєнсу з лікарем, проведення адекватного лікування в періодах гострої декомпенсації розладу чи під час формування ремісії, застосування постійних реабілітаційних програм, педагогічна корекція та психосвіта хворих (підлітків) та їхніх батьків.

Основною метою заходів третинної психопрофілактики є реадaptaція хворих, що втратили можливість досягнення повноцінної життєдіяльності та соціальної компетенції, що відповідають віку та способу життя.

15.1. Вікові особливості дитячого та підліткового віку у системі охорони психічного здоров'я дітей і підлітків

Одним з основних складників розуміння — як має формуватися та працювати система охорони психічного здоров'я дітей і підлітків — є знання основних положень вікової психології, які є підґрунтям знань, як можуть формуватися різноманітні психічні розлади в процесі психофізичного розвитку дитини з закономірною трансформацією всіх систем функціонування організму, психічної діяльності, соціально-психологічної активності, з огляду на співвідношення природних (спадковість, ступінь функціональної зрілості організму та ЦНС тощо) і соціальних факторів її життя (умови життя, стиль виховання, рівень набутих знань та професійних вмінь тощо).

Вік дитини характеризується сукупністю фізіологічних і психологічних змін, що мають закономірну динаміку та незворотність у процесі життя людини.

Зазвичай розвиток дитини за соціально-біологічними ознаками поділяють на такі вікові періоди:

- період новонародженості (28 днів з народження);
- грудний період (10 днів — один рік);
- раннє дитинство (1—3 роки);
- дошкільне (молодше, перше) дитинство (4—6 років);
- шкільне (друге) дитинство, або середній шкільний вік (7—11 років);
- підлітковий період, або старший шкільний вік (12—16 років);
- юнацький вік (17—21 рік).

Закономірності індивідуального розвитку від немовляти до юнацького та молодого віку (21—28 років) із відповідними психофізичними відмінностями є основою для встановлення чинників, що їх детермінують і впливають на виникнення будь-яких порушень

та/або відхилень. Нормальні чи патологічні нервово-психічні реакції дітей мають характерні особливості. Це стосується проявів і перебігу психічних розладів, які формуються у дитячому віці, коли є підвищений ризик їх виникнення на тлі функціональної недосконало-сті ЦНС та набагато більшої залежності дітей і підлітків від впливу зовнішніх і мікросоціальних факторів, ніж дорослих.

Організм дитини безперервно росте і розвивається, постійно перебудовується його психіка, що вже само собою є значним навантаженням, яке потребує напруження адаптаційних механізмів, особливо для дітей, які мають відхилення від типового психічного розвитку. *Психічний розвиток дитини* (когнітивно-інтелектуальний, емоційний, вольово-поведінковий) насамперед визначається єдністю зовнішніх і внутрішніх умов її життя. *Спадковість* (генетично зумовлені фактори) є його основним рушійним механізмом і створює передумови процесу психофізичного розвитку дитини.

У ранньому віці такий вплив має насамперед планомірне, цілеспрямоване виховання і навчання, які реалізують на підґрунті індивідуальних задатків особистості за допомогою засобів, створюваних людською спільнотою. А потім — соціалізація індивіда, тобто подальший розвиток психіки збігається з його формуванням як соціальної істоти, тобто особистості, що «поглинає» суспільні поведінкові стандарти, культурно-національні традиції, професійні вміння тощо.

Розвиток психіки, відповідно віку, відбувається за певними закономірностями:

— *нерівномірності* (різні вищі психічні функції формуються з різною швидкістю, незалежно від зовнішніх умов);

— *інтеграції* (перехід від мало систематизованих фрагментарних психічних процесів і станів до виразних, цілісних і стійких вищих психічних функцій);

— *пластичності і компенсації* (цілеспрямоване формування психіки індивіда відбувається через навчання і виховання за допомогою заміни одного рівня функціональних можливостей іншим, менш розвинених навичок та вмінь — більш розвинутих та складнішими й диференційованими тощо).

Деякі діти розвиваються повільніше, а деякі — швидше, тому психофізичний розвиток окремої дитини має змістовно мозаїчний характер і є гетерохронним (не відбувається одночасно).

Саме на розумінні всієї сукупності процесу і закономірностей розвитку психіки дитини будують принципи охорони її психічного здоров'я.

15.2. Принципи охорони психічного здоров'я дітей та підлітків відповідно до вікових періодів дитинства і дорослішання

На всіх ранніх етапах свого психічного розвитку (від новонародженості до шкільного періоду) дитина розвивається дуже швидкими темпами. Якісні зміни розвитку психічних функцій (від безумовно-рефлекторної до умовно-рефлекторної регуляторних функцій), починаються з народження внаслідок взаємодії немовлят із дорослими, що оточують, пізніше — з позародинним оточенням та природним середовищем, в якому дитина зростає. Саме це є основою для розуміння — яких заходів з профілактики психічних розладів треба вживати щодо найближчого оточення дитини (батьки, інші дорослі опікуни, медичний персонал).

Безперервність у психофізичному розвитку дитини на ранніх етапах (швидкому — у віці від народження до препубертатного періоду, далі цей процес йде повільніше) дає підстави вважати, що критичні періоди дитина переживає майже кожен пів року свого життя. Це проявляється у періодах або «вікнах чутливості» щодо початку прояву нових можливостей нервово-психічної діяльності, яка активно розвивається. Будь-які зовнішні негативні впливи в ці періоди є вкрай небезпечними з точки зору формування різноманітних психопатологічних порушень, специфічних для дитячого віку.

Початковою стадією розвитку дитини є весь період вагітності. Основним завданням психопрофілактики в цей період є заходи щодо збереження та укріплення психічного й фізичного здоров'я та психологічного благополуччя матері дитини.

І першою кризою дитячого віку є «*криза новонародженості*», зумовлена фізичними труднощами протягом пологів. Безпечне проведення пологів є основним заходом профілактики органічних уражень ЦНС.

Період новонародженості (28 днів від народження) — початкова ланка періоду раннього дитинства, яка починається з моменту перерізання пуповини, є самим відповідальним періодом раннього психофізичного розвитку для дитини, коли створюються передумови формування психічної діяльності та становлення особистості. Будь-які несприятливі зовнішні чинники (інфекційні та дисметаболичні захворювання, травми, неналежний догляд) в цей короткий період можуть призвести до формування важких психічних розладів, тому що новонароджений життєво залежний від умов зовнішнього середовища.

У *грудний період* з 28 днів від народження до одного року основними заходами з психопрофілактики є адекватний догляд за дитиною. Адекватна турбота і увага дорослих, що опікують, є життєво важливим фактором для природнього здорового фізичного і психічного розвитку дитини. У дитини в три місяці зникає частина вроджених безумовних рефлексів, легко і швидко починають формуватися умовні рефлекси. Саме тому на цьому етапі життя немовляти провідною є її потреба в спілкуванні, що є не менш важливим для її нормального психічного розвитку, поряд з турботливим доглядом. Безпосереднє емоційне спілкування з маленькою дитиною та спонукання до пізнання найближчого світу стає найважливішим фактором своєчасного та нормального загального розвитку емоційно-когнітивних функцій, мовлення й поведінки.

Приблизно в однорічному віці дитина переживає «кризу одного року», яка є даниною стрімкого розвитку психічної діяльності у дитини в цьому віці та спрямована на засвоєння власної фізичної самостійності (біологічне відокремлення чи сепарація після завершення етапу «зовнішнього доношування»). Її сутність полягає в тому, що дитина набуває певного ступеня самостійності, починаючи освоювати навколишній світ на тлі формування рухової активності, швидкого розвитку когнітивної активності з активною цікавістю до всього навколо неї та предметно-маніпулятивної діяльності. Нові потреби та «особистісні» вимоги дитини дають можливість маніпулювати всім, що її зацікавило, а заборони батьків спричиняють протест, який проявляється плачем, впертістю, незадоволенням. «Криза одного року» може поглиблюватися, якщо батьки чинять опір пізнавальним бажанням малюка. Саме тому дорослі мусять вчасно перебудувати своє ставлення до дитини як до безпомічної, надавати їй більше свободи та самостійності, допомагати оволодівати предметними діями та долати труднощі. Власне це є основними внутрішньородинними заходами з профілактики психічних розладів при переході до наступного вікового етапу онтогенезу.

Період раннього дитинства триває у віці від року до трьох років. Дитина віком в один рік ходить, вимовляє окремі слова, знає назви частин тіла й окремих предметів, дуже рухлива і допитлива. А вже в 2—3 роки вона опановує фразове мовлення, може спитати, всім цікавиться, бігає, грається дрібними предметами. Вона опановує різні види предметної діяльності (гра, навчання), які й зумовлюють подальший розвиток психічних процесів: запам'ятовування

і відтворення, наочно-дійове мислення, яке за допомогою мовлення стає наочно-образним і перетворюється на розумову дію з подальшим переходом до конкретно-поняттєвого і до абстрактної форми мислення. Психічна діяльність дитини розвивається завдяки її власній діяльності, освоєнню об'єктивної дійсності, взаєминам з оточенням, власним потребам і цілям, які не усвідомлюються на ранніх етапах розвитку, прагненням особистості, що формується.

Одним з чутливих періодів раннього розвитку дитини є «*криза трьох років*» — це період у житті дитини з активним проявом власного мислення, волі і, навіть, самосвідомості, тому що дитина стає здатною осмислювати власні наміри і бажання, говорить про себе «Я», вона намагається довести право на самостійність прийняття рішень, на певне усвідомлення власних бажань та потреб. Саме тому у цей період відбувається повна перебудова стосунків дитини з дорослими — психологічний злам встановлених взаємин, тому що дитина «виборює» своє право на прояви власної осмисленої поведінки.

Переважають варіанти психічної патології, які спостерігаються в клініці мікропсихіатрії (0—3 роки):

1. Органічні ураження ЦНС найчастіше спостерігаються серед усіх психічних порушень цього віку. Їх причинами є:

— вроджені вади розвитку (зокрема, внаслідок внутрішньоутробних захворювань) та спадкові хвороби;

— перинатальні ураження ЦНС (зокрема, асфіксія в пологах та травми в пологах, наслідком яких може бути дитячий церебральний параліч, дитяча епілепсія та інші важкі органічні розлади);

— черепно-мозкові травми в грудному чи ранньому періоді;

— важкі інфекційні хвороби в грудному чи ранньому періоді, що можуть спричинити захворювання, які ведуть до демієлінізації нервових волокон тощо.

При важких формах ці порушення є практично незворотними або мають малу позитивну прогредієнтність — потребують пристосування до важкого стану дитини. Психопрофілактичні заходи щодо цих розладів стосуються первинної профілактики у вигляді правильного планування народження дитини, дотримання правил здорового способу життя для батьків, організації належного, відповідного стану здоров'я дитини, нагляду і догляду.

2. Розлади аутистичного спектра (насамперед дитячий аутизм Канеровського типу або атипичний дитячий аутизм, який поєднується з органічним ураженням головного мозку різного ступеня важкості).

3. Затримки загального, когнітивного та мовленнєвого розвитку.

Психічні порушення при ураженнях ЦНС внаслідок черепно-мозкових травм чи інфекційних хвороб, які трапилися в грудному чи ранньому періоді, розладах аутистичного спектра та загальній затримці психофізичного розвитку дитини можуть мати різний ступінь зворотності щодо компенсації патології нервової системи та психічної діяльності, маючи в багатьох випадках достатню позитивну прогредієнтність. Такі діти потребують відповідного патогенетичного лікування, а психопрофілактичні заходи щодо цих розладів належать до третинної профілактики з метою запобігти формуванню недоумства чи істотних затримок мовно-когнітивного розвитку. Тому принциповим для таких дітей є застосування індивідуальної педагогічної корекції, що відповідає віку, особливостям розвитку, насамперед мовлення. Саме проведення психокорекційного впливу щодо емоційно-когнітивних функцій та мовлення дає надію максимально виправити наявне відставання психофізичного розвитку в ранньому віці.

4. Невротичні розлади (тривожний розлад, пов'язаний з розлукою, розлади прив'язаності).

Факторами, що можуть спричинити невротичні розлади в цьому віці (як і при органічних ураженнях ЦНС), є неналежний догляд за маленькою дитиною на тлі частих інфекційних хвороб, можливих травм, проблем з харчуванням тощо. Психологічними факторами розвитку невротичних розладів в цьому віці є девіантні дитячо-батьківські взаємини, насамперед у вигляді емоційної депривації (педагогічної занедбаності) з боку дорослих, що опікують.

Саме тому основним фокусом терапевтичного впливу є не так відповідне патогенетичне лікування, як застосування психокорекційних заходів щодо поведінки батьків, а психопрофілактичні заходи щодо цих порушень належать до вторинної профілактики, тому що їх спрямовують на запобігання рецидивуванню та/або декомпенсації невротичних розладів.

Інтенсивний фізичний розвиток організму дитини протягом **дошкільного дитинства** (від 3 до 7 років) стає базисом якісного удосконалення у функціонуванні в неї всіх сфер психічної діяльності: руху (загального та дрібної моторики), сприймання, мовлення, інтелекту, емоцій тощо. Внаслідок цього створюються потрібні передумови для формування її психологічної самостійності, засвоєння маленькою особистістю нових форм соціального досвіду пізнання, навчання та спілкування у міжособистісних позародинних взаєминах.

У віці від 3 до 5 років удосконалюється мовлення, дитина швидко запам'ятовує будь-яку інформацію, легко навчається багато чому,

зокрема, завдяки трансформації наочно-образного в образно-мовленнєве мислення. До віку 5—6 років у дитини формується внутрішнє мовлення, яке відображає функціонування внутрішніх розумових здібностей і стає ознакою розвитку словесно-логічного мислення. Особливістю розвитку дошкільнят є сюжетно-рольова гра, яка є основним засобом освоєння різних сторін зовнішнього світу, зокрема, суспільних поведінкових стандартів. Зокрема, діти в ігровій формі «випробують» паттерни поведінки дорослих, відтворюючи елементи та властиві риси їхнього життя, активності та взаємостосунків.

Активна різнобічна міжособистісна внутрішньо- та позасімейна взаємодія закладає засади реального формування особистості дитини. Відбуваються бурний розвиток емоційно-вольової сфери, формування інтересів та мотивів поведінки, що також детерміновано соціальним оточенням. Але самокритики і самоконтролю у дітей віком 3—6 років практично немає, тому «обвинувальний» тип виховання імовірно спричинятиме формування невротичних чи поведінкових розладів, ніж формувати адаптивно-розвивальну поведінку у дитини. Саме тому, психологічне благополуччя маленької дитини та її психічне здоров'я безпосередньо залежать від здорових, безпечних та адекватно дбайливих стосунків з дорослими, що оточують, насамперед батьками. Наявні девіантні дитячо-батьківські взаємини з емоційною депривацією, різними формами психологічного насильства, віктимних маніпуляцій тощо є основою для формування в подальшому поведінкових та особистісних розладів.

Переважають варіанти психічної патології, які спостерігаються в клініці дошкільного віку (3—6 років):

1. Органічні ураження ЦНС внаслідок спадкової хвороби, вроджених вад розвитку, перинатальних уражень, черепно-мозкових травм чи інфекційних хвороб раннього віку.

2. Затримки загального, когнітивного (зокрема, при синдромі мінімальної мозкової дисфункції) та мовленнєвого розвитку.

3. Загальні розлади розвитку (розлади аутистичного спектра, інші дитячі психози)

Як вказано вище, ступінь зворотності та прогредієнтності всіх цих видів психопатології дуже залежить від важкості порушень, а психопрофілактичні заходи щодо цих розладів належать до всіх рівнів профілактики з метою попередження їх виникнення, запобігання декомпенсації стану та формуванню недоумства чи значних затримок мовно-когнітивного розвитку. В багатьох випадках такі діти потребують не тільки належного догляду і нагляду й відповідного

патогенетичного лікування, а також обов'язкового застосування індивідуальної педагогічної корекції.

4. Гіперкінетичний розлад (синдром гіперактивності з дефіцитом уваги) належить до зворотних психічних розладів з точки зору психофізичного розвитку дитини, при якому можна досягти повної компенсації психічного стану до пубертатного віку. При цьому розладі потреба, характер та обсяг медикаментозного лікування залежать від ступеня гіперактивності та агресивності дитини (порушень імпульс-контролю), але застосування індивідуальної педагогічної корекції є не тільки обов'язковим, а і найефективнішим способом психореабілітації та психопрофілактики у разі приєднання важких поведінкових порушень, що спричинятимуть формування емоційно нестійкого розладу особистості у дорослому віці.

5. Невротичні та поведінкові розлади (тривожні та фобічні розлади дитячого віку, пов'язані з розлукою, розлади сиблінгового суперництва та прив'язаності тощо).

Дитячі страхи є одним з найчастіших проявів невротичних порушень у дітей в дошкільному віці як природньої захисної реакції. Ці розлади є зворотними з можливістю їх повної компенсації у разі застосування потрібного лікування та обов'язкової корекції внутрішньосімейних взаємин. Якщо діти не знаходять розуміння дорослих, їхні страхи стосовно певних речей і ситуацій фіксуються та вкарбовуються у підсвідоме і можуть зберігатись або відновитися навіть у дорослому віці. Саме тому вторинні психопрофілактичні заходи можуть допомогти попередити їх хроніфікацію.

Наявні девіантні дитячо-батьківські взаємини, інші психологічно травматичні впливи у цьому, як і в наступних вікових періодах, може стати підґрунтям формування певних типів акцентуацій чи розладів особистості у подальшому дорослішанні, що потребує впровадження відповідних психопрофілактичних заходів.

6. Тикозні розлади.

7. Інші розлади, специфічні для дитячого віку (логоневроз, неорганічний енурез у віці 5—6 років тощо).

Ці розлади мають достатню позитивну прогредієнтність в своєму патогенезі. Діти, що хворіють на них, як і при інших невротичних розладах, потребують відповідного лікування, а також застосування психокорекційних заходів чи психотерапевтичного впливу та заходів вторинної психопрофілактики для запобігання хроніфікації цих порушень та частого рецидивування їх проявів.

Шкільний період, який триває з 6 до 18 років, охоплює дуже значущий період дорослішання дитини з точки зору її психофізичного розвитку. До нього належать етапи, що психофізіологічно якісно розрізняються: початковий шкільний період, молодший шкільний, середній шкільний, а також старший шкільний (підлітковий) вік.

Увесь шкільний період розвитку дитини удосконалюються аналізаторська і синтезуюча діяльність психічних процесів, закріплюються базові паттерни соціальної поведінки, формується особистість.

Треба відзначити, що в зв'язку з якісними змінами в кожному з періодів шкільного віку, якісно змінюється і представленість поширеності тих чи тих психопатологічних розладів.

Початковий шкільний період (6—7 років) — дитина долучається до шкільного навчання, яке супроводжується початком засвоєння зовнішньої дисципліни і необхідністю формування самодисципліни. Ігри залишаються рольовими, але тепер найважливіша мета їх — завоювати авторитет серед ровесників.

«Криза семи років», або криза саморегуляції (за трансформаціями у психосоціальному функціонуванні) відображає перехідний період соціального дорослішання дитини, є вкрай важливою для її психічного розвитку та відмежує дошкільнятка від молодшого шкільного віку. Базисом цього є одна з основних особливостей цього віку — зміна соціальної позиції особистості: вчорашній дошкільник стає учнем, членом шкільного колективу, де не тільки слід дотримуватись нових форм поведінки, вміти підпорядковувати власні бажання новому розпорядку, але й вибудовувати свідомі ієрархічні стосунки з однолітками. До основних проявів цього психофізично критичного періоду належить таке:

— втрата безпосередності у поведінці (між бажанням і дією «вклинюється» емоційне переживання й усвідомлення значення того, що відбувається для самої дитини);

— манірність поведінки (дитина постійно випробує нові ролі в спілкуванні з однолітками та дорослими, щось вдає із себе, а щось приховує, тобто «душа» дитини, її внутрішні переживання вже закриті від оточення);

— симптом «гіркої цукерки»: дитина здатна самостійно «вгамувати» власні негативні емоційні реакції (коли їй погано, вона намагається це приховати).

Але у цьому віці дитина ще не володіє власними почуттями, не може їх стримувати і не вміє своєчасно та вміло керувати ними.

Втративши попередні форми поведінки, вона лише починає оволодівати іншими. Тому, особливо не маючи психологічної підтримки дорослих (батьків, вчителів), може замкнутися в собі (в тривожному роздратуванні чи депресивному стані, переживаючи відторгнення дорослих, що опікують) і може стати некерованою. Вона стає здатною до самосвідомості — розуміння свого внутрішнього життя. Її поведінка починає базуватися на смисловій мотивації власних вчинків. Дитина починає усвідомлювати як явні, так і приховані соціальні стандарти поведінки оточення. Саме тому «кризу семи років» вважають періодом народження соціального «Я» дитини.

Переважні варіанти психічної патології, які спостерігаються в клініці початкового шкільного віку (6—7 років) суттєво не відрізняються від тих, що формуються у дошкільному віці.

Специфічним розладом дітей саме цієї вікової групи є шкільний стрес. Це невротичний розлад пристосування, пов'язаний з проблемами адаптування дитини в новій шкільній обстановці. Його проявами є тривожно-фобічні симптоми чи дезадаптивна поведінка, яка супроводжується агресивністю, некерованістю тощо. Психокорекційні та психопрофілактичні заходи у разі формування шкільного стресу відповідають принципам і заходам, що застосовують при інших невротичних розладах.

Також саме в цьому віці проявляються розлади шкільних навичок (дизлексія, дизграфія, акалькулія), які не тільки впливають на навчальну успішність дитини, а й насамперед справляють психотравматичний вплив на формування особистісної впевненості, тому що часто дитина стикається з осудом з боку вчителів, а батьки не розуміють, що це — не «небажання», а «нездатність» дитини втілювати норми навчання. Проте, ці розлади мають значну позитивну прогредієнтність у разі своєчасного застосування індивідуальної педагогічної та психологічної корекції та психопрофілактики виникнення коморбідних невротичних розладів.

Ці проблеми мають бути основним фокусом психопрофілактичної роботи з дітьми в цьому віці.

Молодий шкільний вік (8—10 років) загалом визначається формуванням емоційно-вольової саморегуляції дитини та подальшим розвитком її характеру. Дітям цього віку притаманні часті бурхливі афективні стани, які виникають внаслідок розходження між прагненням дитини до постійно високої оцінки її особистісних властивостей (психологічно бажаної підтримки з боку оточення), та бажаннями

(насамперед намаганням здійснити їх всі та відразу) і можливістю їх задоволення — тобто дитина повинна опанувати психологічно відстрочену гратифікацію (опір спокусі негайного задоволення) емоційно значущих спонукань та устремлінь у реальних стосунках зі своїм оточенням.

Формування особистості у цьому віці є основною ознакою психічного розвитку дитини з наявним проявом рис її характеру та вже сталих паттернів поведінки. Проте, через незрілість волі та самосвідомості (особливо якщо є девіантні дитячо-батьківські взаємини з гіперопікою або відторгненням чи іншими варіантами психологічного насильства) у дитини може спостерігатися імпульсивність і гіперактивність у поведінці, вередливість, упертість та агресивність чи, навпаки, тривожно-депресивна замкненість та сором'язливість, прояви емоційного інфантилізму та формування патологічних форм поведінки.

Самооцінка молодших школярів — конкретно-ситуативна, великою мірою визначається оцінкою найближчого оточення (дорослих родини, старших сиблінгів, вчителів, а також однолітків чи старших дітей, які є психологічно значущими для дитини). Якщо немає позитивної оцінки, що ґрунтується на адекватній психологічній підтримці щодо неї, у дитини може виникнути стале почуття невпевненості в собі та неповноцінності, яке породжує й активізує механізми психологічного захисту та формування девіантної поведінки, що, в свою чергу, може призвести до формування розладів поведінки та особистості дитячого віку.

Переважні варіанти психічної патології, які спостерігаються в клініці молодшого шкільного віку (8—10 років):

1. Невротичні розлади (тривожно-фобічний, депресивний, обсесивно-компульсивний).
2. Поведінкові розлади (опозиційно акцентуований розлад, соціалізований чи несоціалізований розлади поведінки, розлад сиблінгового суперництва тощо).
3. Розлади шкільних навичок (дизлексія, дизграфія, акалькулія).
4. Гіперкінетичний розлад (синдром гіперактивності з дефіцитом уваги).
6. Тикозні розлади.
7. Інші розлади, специфічні для дитячого віку (логоневроз, неорганічний енурез тощо).

Надання медичної та медико-психологічної допомоги дітям, що хворіють на всі ці розлади, потребує застосування відповідних

лікувальних, психокорекційних та психопрофілактичних заходів. Основним фокусом психопрофілактичних заходів в цьому віці є запобігання розвитку особистісних та поведінкових розладів із переважним застосуванням психокорекційної роботи з батьками та безпосередньо з дітьми.

Діти, що мають важкі розлади розвитку на зразок важких органічних уражень ЦНС, олігофренії, дитячого аутизму, дитячої форми шизофренії, в цьому віці відрізняються суттєвими затримками психічного розвитку, не можуть навчатися в загальних умовах навчання або потребують інклюзивної форми освіти. Здебільшого вони вже тривалий час отримують психіатричну медичну допомогу, але застосування адекватних психореабілітаційних заходів та заходів третинної профілактики можуть запобігти формуванню важкого когнітивно-емоційного дефіциту та соціально-поведінкової некомпетентності дитини.

Середній шкільний або підлітковий вік (10—14 років) — це період завершення дитинства з переходом наприкінці до юнацького віку. З точки зору біологічного розвитку, він охоплює препубертатний період та початок пубертатного періоду. На цьому етапі психофізичного розвитку психіка та свідомість дитини також розвиваються внаслідок її власної діяльності, пізнання, взаємин з оточенням, засвоєння власних потреб, особистісних прагнень, набутого досвіду, що стає предметом самоусвідомлення. У цьому віці визначальним фактором власне психічного розвитку (психологічного, особистісного) є, безумовно, соціальні чинники — середовище, у якому росте та виховується дитина.

Саме соціальні чинники можуть набути патогенного значення щодо формування невротичних й поведінкових порушень або особистісних розладів, початку зловживання психоактивними речовинами.

Переважають варіанти психічної патології, які спостерігаються в клініці середнього шкільного віку (10—14 років):

1. Невротичні розлади (тривожно-фобічний, депресивний, obsесивно-компульсивний, конверсійний, соматоформний, внаслідок психосоматичних захворювань).

2. Поведінкові розлади (опозиційно акцентуований розлад, соціалізований чи несоціалізований розлади поведінки, саморуйнівна поведінка, гебоїдний синдром)

3. Зловживання психоактивними речовинами.

4. Розлади харчової поведінки (нервова анорексія, переїдання).

5. Інші розлади, специфічні для дитячого віку (психічний інфантилізм тощо).

6. Психотичні розлади (дитяча шизофренія, шизотиповий розлад, дитячий аутизм) та наслідки органічного ураження головного мозку.

Можна відзначити, що на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я дитячого віку діти досить активно звертаються по медичну чи медико-психологічну допомогу через батьків або шкільних психологів. Це стає запорукою надання вчасної ефективної допомоги, котра може запобігти виникненню важких невротичних, афективних або поведінкових розладів чи їх поглибленню.

У зв'язку з тим, що цей період дорослішання дітей є основним етапом особистісного становлення, найважливішим фокусом психокорекції та психопрофілактики в цьому віці є терапевтичний вплив на поведінкові розлади та запобігання зловживанню психоактивними речовинами (алкоголь, каннабіноїди).

Психокорекційні та психопрофілактичні заходи щодо інших видів поширеної у цьому віці психічної патології є подібними до тих, що мають втілюватися на всіх інших етапах шкільного періоду дорослішання дитини.

Старший шкільний (підлітковий) вік (14—18 років) охоплює пубертатний період, коли відбувається:

— активне морфофізіологічне (психофізичне) дозрівання організму з якісними ендокринними змінами «входження» в фертильний період;

— завершується формування основних вищих психічних функцій, з набуттям свідомої саморегуляції емоційно-вегетативних проявів на тлі врівноваження процесів збудження і гальмування;

— зростає роль аналітико-синтетичних процесів у пізнанні зовнішнього світу, формуванні динамічних копінг-стратегій, а з дозріванням фронтального та префронтального відділів кори головного мозку (завершується наприкінці юнацького віку — до 23 років) формується здатність прогнозувати тривалу цільоспрямовану довільну поведінку в умовах невизначеності.

Підлітковий період — це період формування свідомої особистості, самоідентифікації, переходу до нових, дорослих (прогностично усвідомлених та відповідальних) паттернів поведінки, переорієнтації дитячих цінностей на цінності дорослих. Провідною потребою підлітка стає спілкування з однолітками, коли їх думки, прагнення, стиль

поведінки стають найважливішими у вибудовуванні власної поведінки, особливо у міжособистісних взаєминах, зокрема, формуючи сексуально-рольову поведінку.

До ознак поведінки у цьому віці належать такі психологічні характеристики:

— прагнення до «дорослості» (копіювання зовнішніх ознак дорослої поведінки, насамперед у прийнятті власних рішень, але небажання усвідомлювати відповідальність, яку вони несуть, та погана здатність до тривалої прогнозованої послідовної поведінки у досягненні своїх бажань);

— схильність до гіперсоціалізації, прояв інстинкту стадності з орієнтацією на вимоги колективу, який сприймається підлітком як «свій» (групування з однолітками, які мають однакові поведінкові паттерни);

— бажання зайняти своє ієрархічне місце, завоювати авторитет, визнання в колективі ровесників (насамперед мати повагу, прийняття та підтримку від однолітків);

— підвищена увага і вимогливість до себе (часте неприйняття своєї зовнішності, власних можливостей та досягнень або вікової неможливості досягнути бажаного).

Основні проблеми у міжособистісних взаєминах, особливо якщо є девіантні дитячо-батьківські взаємини, полягають саме у збільшенні конфліктів, пов'язаних з цими поведінковими особливостями підліткового віку. Їх основою стає відстоювання власної позиції і потреб при невідповідності між новими потребами «напівдитини — напівдорослої людини» і застарілим невідповідним ставленням до неї дорослих, що оточують, при наявній соціальній залежності від них.

Ці проблеми стають психологічним компонентом «кризи підліткового віку», яка виникає як пубертатний криз, що біологічно проявляється у якісній морфофункціональній перебудові дитячого організму з переходом до фертильного періоду, а психологічно — в різкому протиставленні себе дорослим, внутрішній дисгармонії, прагненні до самостійності.

З усіх вікових криз дорослішання — це зазвичай найбільш гостра і тривала криза, суттю якої є домінування потреби самовираження і самоствердження, яка стає психологічно важкою для молодшої особистості, тому що немає синхронності в її психічному (психологічному) розвитку і набутті нею соціальних можливостей, компетентності та відповідальності. Для цього кризового періоду характерними

є емоційна нестійкість, посилена збудливість, невгамовне фантазування разом з вираженою тенденцією до самоаналізу, неприйняттям думки дорослих та чутливістю до поглядів однолітків, поряд з диспропорцією фізичного і психічного розвитку (можливістю адаптивно використовувати набутий досвід та прогнозувати наслідки емоційно-імпульсивних рішень та вчинків), існуванням різнопланових мотивів поведінки. Все це створює труднощі соціально-психологічної адаптації підлітка, і в несприятливих макро- і мікросоціальних умовах часто є причиною формування невротичних розладів та девіантної поведінки у підлітків.

Переважні варіанти психічної патології, які спостерігаються в клініці підліткового віку (14—17 років), вже відповідають таким, які притаманні дорослим, але з певними відмінностями у клінічних проявах та перебігу.

1. Поведінкові розлади (опозиційно акцентуований розлад, соціалізований чи несоціалізований розлади поведінки, саморуйнівна поведінка, гебоїдний синдром) та формування розладів особистості.

2. Зловживання психоактивними речовинами та/або синдром наркотичної залежності.

3. Афективні (депресивний розлад поведінки) та невротичні розлади, соматоформний, дисоціативно-конверсійний, тривожно-фобічний, obsесивно-компульсивний, внаслідок психосоматичних захворювань).

4. Розлади харчової поведінки (нервова анорексія, компульсивне переїдання, нервова булімія).

5. Психотичні розлади (злаякісна форма юнацької шизофренії, шизотиповий розлад) та наслідки органічного ураження головного мозку.

Підлітки активно самостійно звертаються по медичну чи медико-психологічну допомогу, що дає змогу, проводячи своєчасне лікування, психокорекційні (психотерапевтичні), психореабілітаційні та психопрофілактичні заходи, запобігти поглибленню та хроніфікації важких невротичних, афективних або поведінкових розладів.

Своєчасність надання медичної та психокорекційної допомоги найбільш важлива, якщо є поведінкові та особистісні розлади у підлітків, бо вони часто спостерігаються у коморбідному поєднанні зі зловживанням психоактивними речовинами, що вкрай поглиблює їх соціальну дезадаптацію.

15.3. Принципи діагностики, надання медичної та медико-психологічної допомоги та проведення профілактики виникнення та розвитку психопатологічних розладів, які притаманні дитячому та підлітковому віку

Особливості проведення *діагностики психопатологічних розладів дитячого та підліткового віку* пов'язані з тим, що вони охоплюють величезний і дуже різноманітний спектр порушень та психопатологічних станів. Метою проведення комплексної діагностики таких розладів є:

- збір усієї потрібної інформації про дитину чи підлітка;
- визначення її/його психічного та психологічного статусу, а також ступеня функціонального розвитку психічної діяльності з урахуванням вікових особливостей;
- виявлення характеру дефектів у психофізичному розвитку;
- отримання відомостей про оточення, в якому пацієнт перебуває, навчається.

Тільки комплексний діагностичний аналіз усіх цих даних дає змогу провести ефективне лікування та розробити індивідуальну комплексну терапевтично-реабілітаційну програму надання допомоги дитині та її батькам.

Під час діагностики психічного розвитку дитини перших років життя особливо важливе значення має комплексна оцінка її емоційних реакцій з визначенням рівня когнітивних процесів та емоційної регуляції відповідно до віку. Вкрай важливо оцінити реакції дитини на спілкування з дорослим або іншими дітьми.

У діагностиці психічних розладів у дітей шкільного віку та підлітків, окрім стандартного клінічного спостереження, використовують весь арсенал методів експериментально-психологічного дослідження, який має на меті своєчасне та доказове визначення характеру порушень функціонування психічної діяльності (порушень розвитку окремих вищих психічних функцій) та поведінки, симптоматичних ознак розладу (його нозологічної належності) та особистісних властивостей дитини.

Медична та медико-психологічна допомога пацієнтам у дитячому та підлітковому віці з різноманітними психопатологічними розладами має бути комплексною, послідовною, спрямованою на особистісне та мікросоціальне (родинне) та соціальне оточення. Терапія будь-яких психічних порушень нозологічного рівня ґрунтується на:

- визначенні ступеня функціональних можливостей дитини;
- етіопатогенетичних підходах, з огляду на принципи сучасної доказової медицини;

— усуненні патопсихологічних симптомів та синдромів, відповідно кожної нозології;

— визначенні ступеня функціональних можливостей дитини.

Застосування психофармакотерапії в дитячому та підлітковому віці має певні особливості (передусім у маленької дитини) у зв'язку з малою масою тіла дитини та певними відмінностями фармакокінетики препаратів, імовірних побічних дій тощо. Психофармакотерапію застосовують при психотичних розладах та при важких варіантах перебігу невротичних або афективних порушень і при виражених формах порушення поведінки (насамперед при агресивності чи проявах саморуйнівної поведінки незалежно від віку та характеру вад розвитку). Застосовують всі основні види психофармакологічних препаратів: нейролептики (переважно атипові), антидепресанти, антиконвульсанти та тимолептики, транквілізатори, але з дотриманням титрування доз та використанням лише тих засобів, які можна застосовувати в дитячому віці.

При психотичних розладах зазвичай призначають малі дози атипових нейролептиків. При депресивних та інших невротичних і поведінкових розладах задля припинення депресивної чи тривожно-фобічної симптоматики, соматовегетативних розладів, зняття афективної напруженості і таким способом корекції поведінки найчастіше застосовують транквілізатори (з обмеженим терміном вживання), допустимі в дитячій психіатричній клініці антидепресанти седативної або збалансованої дії (без або з мінімальною побічною дією), які можна призначати в поєднанні з транквілізаторами, седативні ноотропи, фітоседативні засоби. В разі потреби дитині можна призначати тимолептичні препарати та, іноді, нейролептики (насамперед як коректори поведінки). Якщо є розлади психічного розвитку (затримка розвитку при ураженні ЦНС різного ступеня) поширеним є призначення ноотропних (нейрометаболических) препаратів та вітамінних комплексів задля стимулювання розвитку ЦНС (поліпшення функціональної активності окремих вищих психічних функцій, насамперед когнітивних процесів та мовлення).

Найбільш важливим під час застосування психофармакотерапії у дитячому віці (насамперед у маленької дитини) є визначення та корекція доз ліків з урахуванням віку, маси тіла та індивідуальної чутливості до них, а також балансу «терапевтичний ефект — побічна дія», тому що призначення будь-яких препаратів дитині може спричинити парадоксальну реакцію — або емоційно-поведінкового збудження, або мати значний седативно-гальмувальний ефект токсичного рівня.

Комплексний характер надання медичної та медико-психологічної допомоги дітям і підліткам передбачає поєднання психофармакотерапії з психотерапевтичним втручанням чи медико-психологічною корекцією з можливим залучанням інших корекційно-терапевтичних та реабілітаційних заходів (допомога дефектолога, корекційного педагога, логопеда, фізіотерапія, соціальна підтримка тощо).

Важливим завданням *психокорекційної роботи з дітьми та підлітками* є комплексний підхід, спрямований на конструктивну організацію життя і нормалізацію взаємодії, насамперед з близькими людьми. Емоційно-поведінкова адаптація дитини до наявних обставин життя (оточення, навчання, контактування з однолітками) в роботі медичного психолога (дитячого психотерапевта) досягається лише за умов розвитку тих можливостей та способів, які є доступними пацієнтові за його віком, особистісними характеристиками, характером наявних порушень психічного розвитку або психопатологічних розладів, що зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці.

Під час надання медико-психологічної допомоги дітям треба зважати на:

- вікові особливості формування психічної діяльності загалом (ступінь функціональної незрілості ЦНС дитини);
- психофізіологічні та соціальні особливості криз зростання (від немовляти до маленької дитини, потім — до шкільного віку, і надалі — до пубертатного віку);
- вікову специфіку сприйняття світу та міжособистісних взаємин;
- егоцентричність поведінкової та пізнавальної позиції дитини (здебільшого — підлітків);
- загострену потребу дитини в прийнятті, в розумінні та любові.

Під час надання медико-психологічної допомоги дітям та підліткам використовують всі основні психотерапевтичні підходи у різних формах:

1. *Індивідуальна психотерапія*, яка спрямована на усунення особистісних та зовнішньо-ситуативних факторів, які спричиняють психічні розлади чи функціональну недостатність у розвитку дитини, управління симптомами й загальним емоційним реагуванням, подолання когнітивних порушень, напрацювання адаптивних стратегій та розв'язання соціально-психологічних проблем. Саме в індивідуальній формі застосовують заходи з корекційної педагогіки, роботу з дефектологом, логопедом тощо.

2. *Сімейна психотерапія* — один з найважливіших методів комплексної медико-психологічної допомоги пацієнтам при психопатологічних розладах, що формуються в дитячому та підлітковому віці. Її основним завданням є припинення дії дисфункціональних родинних стосунків, а саме корекція девіантних батьківсько-дитячих взаємин.

В процесі сімейної психотерапії відпрацьовують корекцію викривленої взаємодії, щоб дорослі навчилися ставитися до дитини дбайливо, з великим терпінням і пошаною, правильно організувати її активність, формувати довільну регуляцію поведінки, що є запорукою корекції та попередження емоційних і поведінкових розладів.

3. *Групова психотерапія*, яка в роботі дітьми та підлітками націлена на адаптивну трансформацію їх поведінки. Найчастіше її застосовують в роботі з підлітками, дозволяючи їм опрацювати нові адаптивні варіанти власної поведінки та розвинути конструктивні навички спілкування з оточенням та дорослими. Під час роботи з дітьми до 12 років в груповій терапії найчастіше використовують засоби ігрової терапії або колективної активності, тоді як в роботі з підлітками принципи її проведення більшою мірою збігаються з тими, що використовують з дорослими пацієнтами в корекції невротичних та особистісних розладів.

Вкрай важливе значення під час проведення психотерапевтичної чи психокорекційної роботи відводять виявленню патогенного впливу середовищних чинників. Саме тому здебільшого в корекційній роботі з дітьми та підлітками основні терапевтичні зусилля мають бути спрямовані на зміну ситуації, в якій опинився пацієнт, тобто на роботу з найближчим оточенням (рідними), а також (якщо можна) — зі школою (однокласниками, вчителями).

Психопрофілактичні заходи щодо виникнення та розвитку психопатологічних розладів, які формуються в дитячому та підлітковому віці, при всьому їх різноманітті насамперед повинні полягати в усуненні основних шкідливих чинників соціального оточення, котрі можуть їх спричинити або впливати на погіршення стану дитини. Ці заходи спрямовані на:

1. Інформування батьків про етапи психофізичного розвитку дитини, особливості дитячої психіки, адаптивні й гідні методи виховання.

2. Виховання у дітей безпечної поведінки, з огляду на особливості дитячої психіки, її підвищену вразливість.

3. Сприяння розширенню уявлень дитини про себе (можливості, обмеження), адаптивні форми поводження з іншими, довкіллям.

4. Формування норм адаптивної та соціально прийнятної поведінки.

5. Своєчасну діагностику та лікування, корекцію психічних порушень із застосуванням адекватних стану дитини методів терапії.

Обов'язковим компонентом системи профілактичних заходів є запобігання потраплянню дітей або підлітків під негативний вплив мікрооточення (деструктивні стилі виховання у родині, дисоціальні угруповання), їх конструктивна соціалізація з формуванням позитивних інтересів (навчальних, професійних, спортивних тощо), організація дозвілля, профорієнтація тощо.

Запитання для контролю знань

1. Що охоплює поняття «психічне здоров'я дитини»?

2. Які психічні розлади становлять спектр захворювань дитячого і підліткового віку?

3. Що таке критичні періоди, «вікові кризи» у психічному розвитку дитини ви знаєте? Опишіть їх основні характеристики.

4. Що є метою діагностики психопатологічних розладів, які є притаманними дитячому та підлітковому віку?

5. Які основні види надання медичної та медико-психологічної допомоги пацієнтам з психопатологічними розладами, що притаманні дитячому та підлітковому віку, ви знаєте?

Список використаної літератури

1. Детская психоневрология (под ред. Л. А. Булаховой). Киев : Здоров'я, 2001. 496 с.

2. Детская и подростковая психиатрия : клинические лекции для профессионалов (под ред. Ю. С. Шевченко). Москва : Мед. информ. агентство, 2011. 928 с.

3. Ермолаева М. В. Психология развития : методическое пособие для студентов заочной и дистанционной форм обучения. 2-е изд. Москва : Московский психолого-социальный институт, НПО МОДЭК, 2003. 376 с. Серия: Библиотека психолога.

4. Интеграция профилактики, лечения и ведения психических расстройств и других неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения // Европейская конференция ВОЗ высокого уровня по неинфекционным заболеваниям. ВОЗ, 2019. URI: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/398617/Mental-Health-Conditions-RUS.pdf.

5. Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста: психопатология развития : учебник для вузов. СПб. : СпецЛит, 2013. 481 с. URI: <https://speclit.su/image/catalog/978-5-299-00524-0/978-5-299-00524-0.pdf>.

6. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / [Сост. Дж. Э. Купер ; под ред. Дж. Э. Купера ; пер. с англ. Д. Полтавца]. Киев : Сфера, 2000. 464 с.

7. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. 9-е изд. СПб. : Питер, 2005. 940 с. (Серия «Мастера психологии»). URI: http://ipkfp.nspu.ru/file.php/1/Kraig_Psikhologija_razvitija.pdf.

8. Медична психологія : в 2 т. : підручник. Т. 1. Загальна медична психологія (за ред. Г. Я. Пилягіної). Вінниця : Нова книга, 2020. 288 с.

9. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова книга, 2020. 496 с.

10. Детская и подростковая психиатрия : учебное пособие / [Меринов А. В., Шустов Д. И., Лукашук А. В., Шитов Е. А]. Рязань : РИО РязГМУ, 2016. 132 с.

11. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. Київ : КНТ, 2016. 369 с.

12. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения : Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Всемирная организация здравоохранения, 2006. URI: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf.

13. Павелків Р. В. Вікова психологія : підручник. Вид. 2-е, стер. Київ : Кондор, 2015. 469 с. URI: http://library.kpi.kharkov.ua/files/new_postupleniya/vikova.pdf.

14. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 376 с. URI: <https://studfile.net/preview/5111583/>.

15. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). Москва : Гардарики, 2005. 349 с. URI: http://www.intellect-invest.org.ua/content/userfiles/files/library/Shapovalenko_Vozrast_psihol_2005.pdf.

Розділ 16.

Охорона психічного здоров'я осіб похилого віку

Згідно з доповіддю ВООЗ до Міжнародного дня людей похилого віку (1 жовтня), завдяки успіхам медицини, що дає змогу більшій кількості людей жити довше, очікується, що до 2050 року кількість людей віком понад 60 років подвоїться, що потребуватиме кардинальних соціальних змін, зокрема у сфері охорони психічного здоров'я.

Збільшення чисельності старшої групи населення неминуче спричиняє підвищення частоти випадків захворювань, пов'язаних з віком, зокрема деменції. За даними ВООЗ 2019 року, хвороба Альцгеймера та інші види деменцій увійшли до топ-10 причин смерті у світі та посіли 7-е місце. За останні два десятиліття у світі майже втричі збільшилась кількість випадків смерті від хвороби Альцгеймера та інших деменцій серед жінок. Світовий показник DALY від хвороби Альцгеймера між 2000 та 2019 роками майже подвоївся.

У зв'язку з постарінням населення всього світу загалом, та України зокрема, деменція як вікозалежне захворювання має високий суїцидогенний потенціал. Згідно з даними Інституту метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я (IHME) при Вашингтонському університеті, в Україні 2019 року серед всіх причин смерті осіб віком 60—69 років на 5-му місці зазначені суїциди та самоушкодження (44,42 випадки смерті на 100 тис. населення) й на 8-му — зловживання психоактивними речовинами (30,99 випадків смерті на 100 тис. населення). Серед осіб віком понад 70 років суїциди та самоушкодження також увійшли до топ-10 причин смерті та посіли 2019 року 9-те місце (41,16 випадків смерті на 100 тис. населення), а у чоловіків цієї вікової групи — 6-те місце (84,66 випадків смерті на 100 тис. населення).

Психічні розлади входять до топ-20 провідних причин DALY в Україні за 2019 рік (11-те місце) серед осіб віком понад 70 років, а у жінок цієї ж вікової групи вони посідають 7-ме місце.

У всьому світі значні зміни в економіці і структурі суспільства істотно впливають на життя та психічне здоров'я людей похилого віку та їхні сім'ї (табл. 16.1).

Таблиця 16.1. Фактори, що здатні вплинути на стан психічного здоров'я літніх людей, і найбільш ймовірні наслідки цього впливу (за даними IHME)

первинні	Причини		Імовірні наслідки для психічного здоров'я
	вторинні		
Збільшується середня тривалість життя населення, що супроводжується падінням народжуваності		Підвищується абсолютна і відносна чисельність літніх людей у складі населення	Підвищення частоти випадків захворювань старечого віку, як-от деменція
Економічні зміни призводять до падіння цін на сільськогосподарську продукцію порівняно з цінами на промислові товари		Знижується цінність сільськогосподарських угідь та худоби. Літні люди нерідко позбавляються поваги і турботи дітей і онуків, а в гіршому разі стикаються з ізоляцією або відкиданням	Розвиток у літніх почуття власної меншовартості, втрата самоповаги; підвищення частоти випадків депресії, зловживання ПАВ, самогубств
Міграція з сільської місцевості в міста і далі збільшується		Для літніх людей, які переселилися в місто (або постаріли вже після переїзду), проживання в районах нетрищів (якщо немає елементарних санітарно-гігієнічних умов), до того ж при постійній загрозі виселення, є серйозною небезпекою для фізичного і психічного здоров'я. Серед тих, що переселяються в міста, більшість становлять особи молодого й зрілого віку; до старості багато хто з них повертається в село. У підсумку серед сільського населення переважають представники старшої вікової групи. Це веде до ізоляції літніх людей, що залишаються тут без належної турботи про них	Підвищення кількості стресових ситуацій, що веде до тривоги, депресії, збільшення частоти випадків зловживання психоактивними речовинами і самогубств Посилення почуття самотності, зниження самооцінки у літніх людей, що відчувають себе непотрібними
Підвищення освітнього рівня молоді		Коли молоді члени сім'ї отримують освіту, вищу за ту, що мають їхні батьки і діди, багато хто з них перестає цінувати старших, нехтує їхніми звичаями і традиціями. Це нерідко призводить до того, що люди похилого віку відчувають себе непотрібними і покинутими власною родиною	Збільшення частоти випадків депресії, тривоги, занижена самооцінка у літніх осіб

Продовження табл. 16.1

Причини		Імовірні наслідки для психічного здоров'я
первинні	вторинні	
Підвищення освітнього рівня молоді	Коли молоді члени сім'ї отримують освіту, вищу за ту, що мають їхні батьки і діди, багато хто з них перестає цінувати старших, нехтує їхніми звичаями і традиціями. Це нерідко призводить до того, що люди похилого віку відчують себе непотрібними і покинутими власною родиною	Збільшення частоти випадків депресії, тривоги, знижена самооцінка у літніх осіб
Підвищення освітнього рівня осіб похилого віку	Освічені люди похилого віку краще забезпечують себе матеріально, легше адаптуються до швидких і значних соціальних змін, що відбуваються навколо них	Зниження ймовірності розвитку депресії, тривоги і почуття власної меншовартості
Зростання доходу на душу населення в деяких країнах і поліпшення медичного обслуговування	Знижується рівень смертності, особливо серед чоловіків, які в середньому вмирають в більш ранньому віці, ніж жінки, отже, стане менше самотніх вдів. Підвищується доступність допомоги для людей похилого віку	Рідше розвивається почуття самотності і власної меншовартості; зменшується частота випадків депресії і тривоги

Серед проблем, які потребують розв'язання, у Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, зокрема для осіб похилого віку, зазначені:

- недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням чутливості до потреб різних груп суспільства та обмежена участь і залучення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їх сімей до планування допомоги, її реалізації та оцінки.

- надмірна зосередженість допомоги у спеціалізованих закладах охорони психічного здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту;

- низька доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги;

- дефіцит служб, які б базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг;

- відсутність систем підтриманого працевлаштування та зайнятості, підтриманого проживання;

- відсутність ефективної системи підтримки сімей осіб, що доглядають за особами з психічними захворюваннями.

Згідно з Концепцією, проблеми у сфері охорони психічного здоров'я осіб похилого віку заплановано розв'язати завдяки:

- впровадженню галузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та протоколів надання допомоги щодо усіх основних психічних розладів,

- створенню стандартів надання психологічної та соціальної допомоги,

- створенню та популяризації коротких/графічних версій медико-технологічних документів із стандартизації медичної допомоги як для фахівців, так і для користувачів допомоги,

- забезпеченню доступності доказової психофармакотерапії, доступності доказових форм психотерапії та інших психосоціальних втручань.

Зазначені проблеми та шляхи їх розв'язання є особливо актуальними також для осіб похилого віку.

16.1. Деменція у осіб похилого віку

За визначенням ВООЗ, деменція — це синдром — зазвичай хронічного характеру, що прогресує — який веде до погіршення когнітивної функції (тобто здатності до процесу мислення), що виходить за межі того, що можна було б очікувати від звичайних наслідків біологічного старіння. Це впливає на пам'ять, мислення, орієнтацію, розуміння, обчислення, здатність до навчання, мовлення та судження. Свідомість не зачіпається. Порушення когнітивних функцій зазвичай супроводжується, а іноді і передуює, змінам настрою, емоційного контролю, поведінки або мотивації.

Деменція є результатом безлічі захворювань, таких як хвороба Альцгеймера або інсульт, які спочатку чи вторинно впливають на мозок. Важливо відзначити, що, хоча деменція вражає переважно дорослих людей старшого віку, її настання не є нормальним або неминучим наслідком старіння.

У докладі секретаріату ВООЗ, присвяченому деменції, зазначено, що деменція є найважливішою причиною інвалідності і залежності літніх людей в усьому світі і пов'язує важким тягарем людей, сім'ї, громади та країни. На її частку припадає 11,9 % років, прожитих з інвалідністю, спричиненою неінфекційними захворюваннями.

За останніми даними, щороку майже у 8 мільйонів осіб в світі розвивається деменція, що відповідає новому випадку захворювання кожні

чотири секунди. 2015 року деменцію діагностовано більше ніж у 47 мільйонів осіб в усьому світі, за цих обставин очікується, що цей показник досягне 76 мільйонів до 2030 року і 145 мільйонів до 2050 року.

На сьогодні майже 60 % хворих на деменцію живуть в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, і більшість нових випадків (71 %), як очікується, так само буде діагностовано в цих країнах, що може ще більше погіршити нерівність між країнами і верствами населення.

Потреби в лікуванні деменції та догляді за хворими значні й великою мірою не задовольняються. У всьому світі є проблема недостатнього діагностування деменції, а якщо діагноз і встановлений, то зазвичай вже на пізній стадії захворювання. У країнах з високим рівнем доходів виявляють і документально фіксують під час надання первинної медико-санітарної допомоги лише від 20 % до 50 % випадків деменції. Для країн з низьким і середнім рівнем доходів — даних мало; в одному дослідженні повідомлено, що 90 % хворих з деменцією залишаються не діагностованими і не отримують відповідного лікування та догляду.

В Україні найчастішою формою деменції є хвороба Альцгеймера (60—80 %), за нею йде васкулярна деменція (10—25 %) і деменція з тільцями Леві (7—25 %). Інші форми деменції спостерігаються рідше (близько 10 %). Часто виявляють змішані форми.

Пацієнти з деменцією потребують тривалого догляду, тому їх часто поміщають в будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів (геріатричний пансіонат), де надають їм притулок і соціально-медичні послуги. За цих обставин поширеність деменції в подібних закладах становить від 39 до 87 %.

Значущим виявився досвід Великої Британії щодо виявлення очікуваної кількості випадків деменції у популяції, яке провело Бюро перепису населення та демографічних досліджень (БПНДД) у 1985—1992 роках. Наголошено, що концентрація уваги на вузькому клінічному визначенні деменції може призвести до недооцінки потреб в службах допомоги. У багатьох людей пізнього віку є й інші психіатричні проблеми та неврологічні розлади, отже коморбідність — звичайне явище в цій групі. Підхід, що забезпечував найбільш повне охоплення цього контингенту, полягав у охопленні увагою всіх людей віком від 65 років зі зниженим інтелектуальним функціонуванням. Для оцінки ступеня зниження інтелектуального функціонування використовували перелік ознак, що містив 11 пунктів.

Шкала оцінки інтелектуального функціонування (БПНДД)

Кількість наявних проблем з таких:

1. Часто, не встигнувши закінчити розпочату дію, забуває, що збирався робити.

2. Часто втрачає нитку розмови під час бесіди.
3. Спостерігається тенденція до непослідовного або сповільненого мислення.
4. Часто не в змозі визначити, який в цей момент час дня.
5. Не в змозі переглянути від початку до кінця півгодинну телепередачу і потім передати коротко її зміст або хоча б назвати тему.
6. Не в змозі запам'ятати і правильно передати коротку інформацію.
7. Часто забуває вимкнути електроприлади, залишає незакритими пальники газової плити або водопровідні крани.
8. Часто забуває імена членів своєї сім'ї та друзів, з якими постійно зустрічається.
9. Не в змозі прочитати коротку замітку в газеті.
10. Не в змозі написати короткого листа без сторонньої допомоги.
11. Недостатньо добре рахує, щоб впоратися з грошима.

Ступінь тяжкості, бали	Кількість вищезазначених проблем	Ступінь тяжкості, бали	Кількість вищезазначених проблем
13,0	11	6,0	5
12,0	10	4,5	4
10,5	9	3,5	3
9,5	8	2,0	2
8,0	7	1,0	1
7,0	6		

За матеріалами дослідження отримали коефіцієнти, що дали змогу приблизно оцінити кількість людей з когнітивними порушеннями у відповідних статевовікових групах населення. Показники поширеності обчислили діленням очікуваної кількості людей з когнітивними порушеннями на чисельність групи населення, що оцінювали. Об'єднавши отримані результати з демографічними даними про чисельність населення Великої Британії, визначили приблизну кількість людей з ослабленням когнітивних функцій.

Реагування на деменцію потребує узгоджених і скоординованих дій, які забезпечують максимальний ефект в світовому масштабі і стимулюють дослідження. У зв'язку з цим ВООЗ (WHO, 2016) рекомендує такі стратегії:

- Зміцнення глобального лідерства та заклик до дій:

— підвищення пріоритетності глобальних зусиль з боротьби проти деменції і нарощування міжнародних зусиль щодо підтримки

планів і стратегій на всіх рівнях в інтересах боротьби з деменцією, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходів;

— слід зміцнювати потенціал, лідерство, стратегічне керівництво, багатосекторальні дії та партнерства для прискорення реалізації заходів з боротьби з деменцією;

— розробляти стратегічні підходи до забезпечення досліджень деменції, з огляду на нагальну потребу своєчасної діагностики, більш оперативне і менш витратне проведення клінічних випробувань і диверсифікацію терапевтичних підходів з використанням як фармакологічних, так і інших засобів.

• Підвищення інформованості про деменцію, протидія стигматизації та підвищення орієнтованості на зниження ризику за допомогою:

— сприяння кращому розумінню проблеми деменції в широких верствах населення у вигляді інформаційно-пропагандистської роботи з акцентом на дотримання прав людини щодо хворих на деменцію;

— розширення можливостей і розвиток потенціалу хворих на деменцію та їхніх сімей для поширення знань про деменцію, наприклад, розробленням навчальних курсів для осіб, які здійснюють догляд, і груп підтримки;

— вдосконалення методів профілактики, зниження ризиків, діагностики та лікування деменції з урахуванням актуальних і новітніх знань.

• Надання допомоги хворим на деменцію в підтримці гідного рівня повсякденного життя через:

— забезпечення скоординованої роботи медичних і соціальних служб, зокрема і підвищення професійної підготовки працівників цих служб, надання підтримки взаємодопомоги між поколіннями на особистому, сімейному і громадському рівнях, а також зміцнення служб підтримки для осіб, які здійснюють догляд, і сімей;

— інтеграцію гендерного підходу до розроблення планів, стратегій і заходів, спрямованих на поліпшення життя хворих на деменцію;

— сприяння подальшій роботі щодо виявлення та усунення факторів, що ускладнюють надання допомоги хворим на деменцію, особливо в умовах браку ресурсів;

— сприяння технологічним і соціальним інноваціям, спрямованим на задоволення потреб хворих на деменцію та осіб, що доглядають за ними.

Суттєвим досягненням світової сфери охорони здоров'я стосовно осіб похилого віку є вибір варіантів стратегій щодо формування балансу форм допомоги цьому контингенту, який розроблений

та впроваджений вперше у Великій Британії. Далі наведені варіанти основних стратегічних напрямів в політиці щодо зміни балансу служб, що надають допомогу особам з вираженими когнітивними порушеннями:

Варіант I. Базова система надання допомоги

Першим варіантом вибору слід вважати статус кво. Відповідна йому стратегія полягає в тому, щоб залишити без змін базове становище у сфері надання допомоги особам похилого віку з вираженими когнітивними порушеннями. У разі вибору цього варіанту підтримка, що надається, ні для кого не змінюється — ні за обсягом, ні за якістю.

Варіант II. Поліпшення позалікарняної підтримки із наданням «перепочинку» особам, які забезпечують догляд.

Другий варіант передбачає значне розширення можливостей отримати перепочинок для тих, хто доглядає за літніми людьми з вираженою когнітивною недостатністю, які проживають спільно з ними. Цей захід покликаний зменшити навантаження, пов'язане з неформальною допомогою, і таким способом дати змогу людям пізнього віку довше залишатися в спільноті, до того як виникне нагальна потреба помістити їх в заклади інституційного характеру. Програми підтримки з наданням «перепочинку» (під час якої забезпечується замісний догляд за пацієнтом) на неформальних помічників мають суттєвий позитивний вплив.

Варіант III. Позалікарняна підтримка з посиленою допомогою на дому.

Надання посиленої підтримки вдома особам літнього віку, що проживають наодинці, може дати їм змогу довше залишатися вдома, поліпшивши за цих обставин якість життя. Літні люди, серед яких є і такі, що хворіють на деменцію, дещо пізніше потрапляють в систему інституційної допомоги, якщо отримують добре скоординовану (за типом менеджменту випадка) підтримувальне обслуговування.

Варіанти IV та V. Скорочення надання довгострокового лікарняного обслуговування.

Стрижнем як загальнодержавної, так і — значною мірою — регіональної політики є скорочення кількості людей, які перебувають в установах для довгострокової або безперервної лікарняної допомоги. Пацієнти з вираженими когнітивними порушеннями, що залишаються в стаціонарах, мають бути переведеними в спеціальні будинки постійного проживання, які підвідомчі місцевим властям, а також до спеціальних будинків з сестринським доглядом. Водночас ставлять за мету домогтися поліпшення функціонування мешканців в повсякденній діяльності при скороченні витрат порівняно з лікарняними.

Варіант VI. Резиденціальна допомога підвищеної якості.

Шостий варіант полягає в наданні високоякісного резиденціального обслуговування (включно з допомогою спеціалістів) літнім людям з вираженими когнітивними порушеннями, що перебувають в підвідомчих місцевій владі будинках, за допомогою зміни певних характеристик середовища. Створюються спеціалізовані заклади, що пропонують високий рівень психотерапевтичного втручання на базі «орієнтування в реальності», які можуть бути економічно ефективною альтернативою лікарні.

Варіанти VII і VIII. Універсальні зміни в наданні обслуговування.

Це комбіновані варіанти щодо переміщення надання допомоги в інше середовище тільки половині пацієнтів стаціонарів, визнавши, що деякі з них дуже залежні й можуть потребувати безперервного лікарняного догляду.

В Україні організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги пацієнтам з деменцією регламентована уніфікованим клінічним протоколом «Деменція» (затверджено МОЗ України 19.07.2016 р., № 736), який розроблений з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

16.2. Синдром вигоряння у осіб, що здійснюють догляд за літніми пацієнтами

В Україні менше ніж 10 % літніх пацієнтів наприкінці життя отримують допомогу в медичних установах, більшість з них перебуває вдома та догляд за ними здійснюють родичі або доглядальниці.

За даними Pearlin L. I. та співавт., особи, що доглядають за літніми пацієнтами, виснажені, їхня тривалість життя — менша, вони смертельно втомлені, страждають безсонням та депресією. У 30 % з них виявляється вербальна агресія та близько 10 % вдаються до фізичної агресії. Отримані дані дали змогу розробити модель «стрес — процес» у осіб, що забезпечують догляд за хворими родичами з хворобою Альцгеймера (рис. 16.1).

В МКХ-10 «Проблеми, пов'язані із складними умовами життя» і спричинений ним синдром «Перевтома» належать до рубрики Z73.

Симптоми професійного вигоряння у осіб, що доглядають за хворими:

- уникнення друзів, членів сім'ї та інших близьких людей;
- втрата інтересу до того, що раніше давало задоволення;
- почуття смутку, роздратованості, безнадійності й безпорадності;
- зміна апетиту, маси тіла або і того, й того;



Рис. 16.1. Модель «стрес — процес» у осіб, що доглядають за хворими родичами з хворобою Альцгеймера (Pearlin L. I. та співавт., 1990)

- зміни характеру сну;
- більш часті простудні захворювання;
- виникнення бажання заподіяти шкоду собі або людині, за якою доглядають;

- емоційне і фізичне виснаження.

Фактори, що впливають на формування вигоряння у осіб, що опікують хворих родичів:

I. Фактори, пов'язані з опікуванням:

- важкість порушень;
- поведінка опікуваного (порушена поведінка, непосидючість, нетримання сечі й калу, емоційна нестійкість, занепокоєння в нічний час тощо).

II. Фактори, пов'язані з людиною, що доглядає:

- ставлення до опікуваного;

— дорослі діти (у дочок, що забезпечують догляд, можливий більш високий ризик розвитку стресового стану, якщо вони виконують ролі, що конфліктують між собою, та не мають ніякої підтримки з боку партнера). Приблизно третина дочок, які доглядають за своїми батьками, мають вік 40—60 років;

— чоловік або дружина (чоловіки, забезпечуючи догляд, більше орієнтуються на виконання завдань і не завжди схильні надавати психологічну підтримку. Їх принцип: краще організувати догляд і допомогу, ніж особисто доглядати);

— інтрапсихічні фактори (особи, які забезпечують догляд та здатні використовувати різні способи подолання стресу, легше адаптуються до вимог догляду).

Серед **способів подолання стресу**, які використовують особи, що забезпечують догляд, є вісім, які вважали дуже корисними понад половина опитаних осіб (Nolan M. R. et al., 1996):

1. усвідомлювати, що людина, за якою Ви доглядаєте, не винна в тому, що вона опинилася в такому стані;
2. жити сьогоднішнім днем;
3. дізнаватися якомога більше про захворювання підопічного;
4. залишати трохи вільного часу для себе;
5. усвідомлювати, що завжди комусь гірше, ніж Вам;
6. бути на один крок попереду ситуації за допомогою завчасного планування;
7. звертатися по максимальну допомогу до фахівців і постачальників послуг;
8. докладно обговорювати свої проблеми з тими, кому Ви довіряєте.

Фактори, що корелюють з високим рівнем стресу або низьким рівнем благополуччя у осіб, які забезпечують догляд:

- порушена поведінка у опікуваного;
- замкнутість у опікуваного;
- статус дружини, а не чоловіка;
- статус дочки, а не чоловіка;
- виконання ролей і обов'язків, що конфліктують;
- немає підтримки з боку партнера;
- немає соціальної підтримки;
- вузький діапазон способів подолання стресу;
- відмова від використання активних способів розв'язання проблем з метою подолання стресу;
- негативна оцінка поточних взаємин;
- незадоволеність процесом догляду.

В табл. 16.2 наведені основні емоції, які переживають родичі пацієнтів з деменцією під час здійснення за ними постійного догляду, та стратегії їх подолання.

Таблиця 16.2. **Найчастіші емоції, що спостерігаються у осіб, які доглядають за дементними пацієнтами, і стратегії їх подолання** (адаптовано з Л. А. Раимова, И. Р. Мутыгуллина, 2012)

Емоції	Стратегії подолання
Горе Момент, коли пацієнт перестає впізнавати родичів, які доглядають за ним, є найстрашнішим	Бажано приєднатися до групи підтримки тих, що доглядають за хворими з деменцією
Сором Може виникати відчуття сорому за поведінку хворого, за гнів проти нього, за небажання і далі доглядати, за думки про оформлення його в будинок-інтернат	Полегшення можна отримати в обговоренні емоцій, що виникли, з друзями, іншими людьми, які доглядають за дементними хворими, з лікарями-фахівцями
Гнів Він може бути спрямований проти хворого, проти самого себе, лікаря або самої ситуації	Звернутися за порадою до друзів, родичів, груп з підтримки тих, що доглядають за дементними хворими. Якщо є потреба — слід звернутися по допомогу до фахівця
Збентеження Родич може відчувати збентеження, коли хворий недоречно поводить себе в присутності інших	Треба розповісти людям, що знають хворого, трохи про деменцію, щоб вони могли краще зрозуміти поведінку хворого
Самотність Багато людей, які доглядають за дементними хворими, перестають підтримувати громадські контакти і обмежуються лише доглядом за пацієнтом. Однак, відчуваючи себе самотнім, дуже важко доглядати за хворим	Надзвичайно важливо не втрачати друзів і громадські контакти

Секретаріат ВООЗ спільно з державами-членами веде роботу з поліпшення послуг і підвищення якості допомоги хворим на деменцію та особам, що здійснюють за ними догляд. Зокрема, реалізована ВООЗ вебпрограма iSupport пропонує такі, що ґрунтуються на фактичних даних, дистанційні курси підвищення кваліфікації і розвитку навичок, а також соціальну підтримку для осіб, які доглядають за хворими з деменцією. Передбачена інтеграція цієї програми в наявні системи охорони здоров'я країн, зокрема і України (WHO, 2016).

Отже, політику щодо забезпечення допомоги літнім людям треба проводити в двох основних стратегічних напрямках. Перший напрям

можна охарактеризувати як створення сприятливих умов для турботи, що надається літнім людям їхніми близькими; до цієї категорії належать всі заходи, які зміцнюють і розширюють здатність сімей опіка-ти представників старшого покоління. Другий напрямок передбачає об'єднання — в межах офіційної системи охорони здоров'я — заходів з охорони психічного та соматичного здоров'я, зокрема долученням ге-ріатричних аспектів в програми позалікарняної (наданої поза спеціалі-зованих установ, тобто безпосередньо за місцем проживання) допомоги.

Запитання для контролю знань

1. Наведіть фактори, що здатні вплинути на стан психічного здо-ров'я літніх людей та наслідки їхнього впливу.
2. Надайте визначення деменції згідно з визначенням ВООЗ.
3. Які стратегії реагування на проблему деменції рекомендовані ВООЗ?
4. опишіть симптоми професійного вигорання у осіб, що догляда-ють за пацієнтами з деменцією.
5. Які найбільш часті емоції, що спостерігаються у осіб, які догля-дають за дементними пацієнтами, і стратегії їх подолання?

Список використаної літератури

1. Всемирный доклад о старении и здоровье: Резюме. Всемирная органи-зация здравоохранения, 2015. 31 с. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789244565049_rus.pdf.
2. Деменция : доклад секретариата. Всемирная организация здравоохране-ния, 2016. 9 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/E139/B139_3-ru.pdf.
3. Економічна оцінка психіатричної допомоги / за ред. М. Кнаппа ; пер. з англ. Київ : Сфера, 2002. 353 с.
4. Охорона психічного здоров'я у світі : Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман ; пер. з англ. Київ : Сфера, 2001. 575 с.
5. Марута Н. О., Мудренко І. Г., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М. Суїцидаль-на поведінка у хворих із деменціями // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 4 (105). С. 4—12. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-1>.
6. Профессиональные методики заботы о пожилых людях, страдающих деменцией. Зарубежный и отечественный опыт / авт.-сост. Л. А. Раимова, И. Р. Мутыгуллина. Казань : Веда, 2012. 77 с.
7. Pearlin L. I., Mullan J. T., Semple S. J., Skaff M. M. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures // The Gerontologist. 1990. Vol. 30, No. 5. P. 583—594. DOI: 10.1093/geront/30.5.583.
8. Nolan M. R., Keady J. Training in long-term care: the road to better quality // Reviews in Clinical Gerontology. Cambridge University Press. 1996. Vol. 6, No. 4. P. 333—342. DOI: 10.1017/S095925980002355.

ДОДАТКИ

1. Програма

ДНІПРОВЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ПРОГРАМА

з тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я» для лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-наркологів, медичних психологів, лікарів-психотерапевтів, ерготерапевтів та лікарів загальної практики-сімейної медицини

ПЛАН НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Курс (або курси) на яких викладається дисципліна	Кількість навчальних годин				
	Всього	Аудиторних			Вид контролю (залік, деф-залік чи іспит)
		Лекції	Практ. занят.	Сем. заняття	
Цикл тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я»	78	10	40	28	іспит

Програму склали: зав. каф., проф. Л.М. Юр'єва,
доцент, к. мед. н. Т. Я. Шустерман,
доцент, к. мед. н. А. С. Ніколенко

Програму обговорено на засіданні каф. психіатрії, наркології і медичної психології
«30» 04 2021 р.

Протокол № 9
Завідувач кафедри, проф. _____ Л.М.Юр'єва

Програму ухвалено на засіданні предметної методичної комісії ФПО

«11» 06 2021 р., протокол № 6
Голова предметної комісії ФПО, проф. _____ В.М.Лехан

Затверджено на засіданні Вченої ради факультету післядипломної освіти

«12» 08 2021 р., протокол № _____
Декан факультету післядипломної освіти, проф. _____ Снісарь В.І.

Пояснювальна записка

Програма «Охорона психічного здоров'я» розроблена відповідно до Наказу МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» (зі змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 1106 від 12.05.2020, № 74 від 19.01.2021), постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2019 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», з урахуванням Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року та розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 р. № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку».

Програма створена для тематичного удосконалення лікарів-психіатрів, лікарів-наркологів, медичних психологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини з питань охорони психічного здоров'я.

Метою циклу є удосконалення системи формування та підтримки професійної компетентності фахівців у сфері охорони психічного здоров'я внаслідок забезпечення належної інформаційно-ресурсної бази та використання сучасних технологій, підвищення рівня знань у сфері охорони психічного здоров'я, приведення освіти фахівців у відповідність із сучасними світовими стандартами, посилення ролі фахівців сфери охорони психічного здоров'я.

«Охорона психічного здоров'я» — це цикл тематичного удосконалення тривалістю 78 годин, який включає практичні, семінарські заняття та самостійну роботу. Дисципліна спеціалізується на вивченні методологічних, законодавчих та профілактичних аспектів у сфері охорони психічного та психосоматичного здоров'я у межах формування професійної компетентності. Особливу увагу надано питанням охорони психічного здоров'я в умовах пандемії COVID -19, зокрема у медичних працівників, серед студентської молоді, родин психічно хворих, щодо проблем сімейного насильства, підлітків, дітей, осіб похилого віку, при розладах харчової поведінки та в умовах збройного конфлікту (внутрішньо переміщені особи в Україні, комбатанти).

Нагальна потреба розробки та проведення цього циклу зумовлена недостатністю системи формування та підтримки професійної компетентності серед фахівців сфери охорони психічного здоров'я та інших суміжних професій.

Для оцінки ступеня засвоєння навчального матеріалу передбачені базовий, поточний та підсумковий контроль рівня знань.

Курсантам, які успішно склали іспит, видається свідоцтво встановленого зразку.

Програма циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я»

Тривалість навчання — 2 тижні (78 годин)

Мета: підготувати лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-наркологів, медичних психологів, лікарів-психотерапевтів, ерготерапевтів та лікарів загальної практики — сімейної медицини до атестації на кваліфікаційну категорію та визначити рівень їх знань та умінь відповідно до кваліфікаційних вимог.

Ч. ч.	Код	Назва теми	Лекції, годин	Семінарські заняття, годин	Практичні заняття, годин
	1	Загальні питання у сфері охорони психічного здоров'я	2	4	4
1.	1.1.	Психічне здоров'я. Психічна норма і патологія	0,5	1	1
2.	1.2.	Методологічні підходи у сфері охорони психічного здоров'я. Сучасні методи та принципи оцінки психічного здоров'я населення	0,5	1	1
3.	1.3.	Соціальні та правові аспекти надання допомоги особам з психічними та поведінковими розладами	0,5	1	1
4.	1.4.	Вплив історичних та соціокультуральних факторів на психічне здоров'я	0,5	1	1
	2	Прикладні аспекти у сфері охорони психічного здоров'я	8	20	36
5.	2.1.	Особливості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію із коморбідними соматичними станами	0,5	2	2
6.	2.2.	Охорона психічного здоров'я родичів хворих із психотичними розладами	0,5	1	2
7.	2.3.	Охорона психічного здоров'я хворих на депресію	0,5	1	2
8.	2.4.	Охорона психічного здоров'я при адиктивних розладах	0,5	2	2

9.	2.5.	Заходи охорони психічного здоров'я при розвитку психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку	0,5	1	2
10.	2.6.	Охорона психічного здоров'я при розладах харчової поведінки	0,5	2	2
11.	2.7.	Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19	0,5	2	3
12.	2.8.	Охорона психічного здоров'я військовослужбовців. Комплексна система підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС	0,5	1	3
13.	2.9.	Охорона психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб	0,5	1	3
14.	2.10.	Клініко-психологічні аспекти сімейного насильства	0,5	1	3
15.	2.11.	Превенція суїцидальної поведінки	1	1	3
16.	2.12.	Охорона психічного здоров'я студентської молоді	0,5	1	2
17.	2.13.	Охорона психічного здоров'я медичних працівників	0,5	2	3
18.	2.14.	Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків	0,5	1	2
19.	2.15.	Охорона психічного здоров'я осіб похилого віку	0,5	1	2
		Іспит		4	—
Всього			10	28	40

Тематичний план лекцій циклу тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я»

Ч. ч.	Код	Назва теми	Кількість годин
	1	Загальні питання у сфері охорони психічного здоров'я	2
1.	1.1.	Психічне здоров'я. Психічна норма і патологія	0,5
2.	1.2.	Методологічні підходи у сфері охорони психічного здоров'я. Сучасні методи та принципи оцінки психічного здоров'я населення	0,5
3.	1.3.	Соціальні та правові аспекти надання допомоги особам з психічними та поведінковими розладами	0,5
4.	1.4.	Вплив історичних та соціокультуральних факторів на психічне здоров'я	0,5
	2	Прикладні аспекти у сфері охорони психічного здоров'я	8
5.	2.1.	Особливості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію із коморбідними соматичними станами	0,5
6.	2.2.	Охорона психічного здоров'я родичів хворих із психотичними розладами	0,5
7.	2.3.	Охорона психічного здоров'я хворих на депресію	0,5
8.	2.4.	Охорона психічного здоров'я при адиктивних розладах	0,5
9.	2.5.	Заходи охорони психічного здоров'я при розвитку психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку	0,5
10.	2.6.	Охорона психічного здоров'я при розладах харчової поведінки	0,5
11.	2.7.	Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19	0,5
12.	2.8.	Охорона психічного здоров'я військовослужбовців. Комплексна система підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС	0,5
13.	2.9.	Охорона психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб	0,5
14.	2.10.	Клініко-психологічні аспекти сімейного насильства	0,5
15.	2.11.	Превенція суїцидальної поведінки	1
16.	2.12.	Охорона психічного здоров'я студентської молоді	0,5
17.	2.13.	Охорона психічного здоров'я медичних працівників	0,5
18.	2.14.	Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків	0,5
19.	2.15.	Охорона психічного здоров'я осіб похилого віку	0,5
РАЗОМ			10

**Тематичний план
семінарських занять циклу тематичного удосконалення
«Охорона психічного здоров'я»**

Ч. ч.	Код	Назва теми	Кількість годин
	1	Загальні питання у сфері охорони психічного здоров'я	4
1.	1.1.	Психічне здоров'я. Психічна норма і патологія	1
2.	1.2.	Методологічні підходи у сфері охорони психічного здоров'я. Сучасні методи та принципи оцінки психічного здоров'я населення	1
3.	1.3.	Соціальні та правові аспекти надання допомоги особам з психічними та поведінковими розладами	1
4.	1.4.	Вплив історичних та соціокультуральних факторів на психічне здоров'я	1
	2	Прикладні аспекти у сфері охорони психічного здоров'я	20
5.	2.1.	Особливості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію із коморбідними соматичними станами	1
6.	2.2.	Охорона психічного здоров'я родичів хворих із психотичними розладами	1
7.	2.3.	Охорона психічного здоров'я хворих на депресію	2
8.	2.4.	Охорона психічного здоров'я при адиктивних розладах	2
9.	2.5.	Заходи охорони психічного здоров'я при розвитку психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку	1
10.	2.6.	Охорона психічного здоров'я при розладах харчової поведінки	1
11.	2.7.	Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19	2
12.	2.8.	Охорона психічного здоров'я військовослужбовців. Комплексна система підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС	2
13.	2.9.	Охорона психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб	1
14.	2.10.	Клініко-психологічні аспекти сімейного насильства	1
15.	2.11.	Превенція суїцидальної поведінки	2
16.	2.12.	Охорона психічного здоров'я студентської молоді	1
17.	2.13.	Охорона психічного здоров'я медичних працівників	1
18.	2.14.	Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків	1
19.	2.15.	Охорона психічного здоров'я осіб похилого віку	1
		Іспит	4
РАЗОМ			28

**Тематичний план практичних занять
циклу тематичного удосконалення
«Охорона психічного здоров'я»**

Ч. ч.	Код	Назва теми	Кількість годин
	1	Загальні питання у сфері охорони психічного здоров'я	4
1.	1.1.	Психічне здоров'я. Психічна норма і патологія	1
2.	1.2.	Методологічні підходи у сфері охорони психічного здоров'я. Сучасні методи та принципи оцінки психічного здоров'я населення	1
3.	1.3.	Соціальні та правові аспекти надання допомоги особам з психічними та поведінковими розладами	1
4.	1.4.	Вплив історичних та соціокультуральних факторів на психічне здоров'я	1
	2	Прикладні аспекти у сфері охорони психічного здоров'я	36
5.	2.1.	Особливості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію із коморбідними соматичними станами	3
6.	2.2.	Охорона психічного здоров'я родичів хворих із психотичними розладами	3
7.	2.3.	Охорона психічного здоров'я хворих на депресію	3
8.	2.4.	Охорона психічного здоров'я при адиктивних розладах	3
9.	2.5.	Заходи охорони психічного здоров'я при розвитку психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку	2
10.	2.6.	Охорона психічного здоров'я при розладах харчової поведінки	2
11.	2.7.	Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19	3
12.	2.8.	Охорона психічного здоров'я військовослужбовців. Комплексна система підтримки психічного здоров'я ветеранів АТО/ООС	3
13.	2.9.	Охорона психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб	2
14.	2.10.	Клініко-психологічні аспекти сімейного насильства	2
15.	2.11.	Превенція суїцидальної поведінки	2
16.	2.12.	Охорона психічного здоров'я студентської молоді	2
17.	2.13.	Охорона психічного здоров'я медичних працівників	2
18.	2.14.	Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків	2
19.	2.15.	Охорона психічного здоров'я осіб похилого віку	2
РАЗОМ			40

Перелік практичних навичок, якими повинен володіти лікар-курсант на циклі тематичного удосконалення «Охорона психічного здоров'я»

Ч. ч.	Назва	Уміти (володіти)	Знати
1.	Створення психологічного контакту з пацієнтом	+	+
2.	Проведення цілеспрямованої психологічної бесіди з пацієнтом	+	+
3.	Створення програми психологічного (патопсихологічного) дослідження пацієнта	+	+
4.	Технологія первинного психіатричного консультування	+	+
5.	Оцінка психічного здоров'я за критеріями ВООЗ	+	+
6.	Оцінка патопсихологічного стану за психометричними шкалами	+	+
7.	Виявлення психопатологічних симптомів і синдромів психічних розладів	+	+
8.	Коди зовнішніх причин захворюваності та смертності за МКХ-11		+
9.	Виявлення факторів ризику і захисних факторів суїцидальної поведінки за допомогою скринінг-тестів	+	+
10.	Стратегії поведінки медичного персоналу в кризовій ситуації		+
11.	Програми профілактики суїцидальної поведінки		+
12.	Скринінгова діагностика кіберзалежності	+	+
13.	Створення індивідуальної програми реабілітації пацієнтів, зокрема тих, що перенесли психосоціальний стрес	+	+
14.	Оформлення медичної документації	+	+
15.	Впровадження психокорекційних та психопрофілактичних заходів в практику	+	+
16.	Розроблення системи психогігієнічних заходів в конкретних умовах (в сім'ї, в медико-профілактичних закладах тощо)	+	+
17.	Оцінка та прогнозування реформ у сфері охорони психічного здоров'я за допомогою комп'ютерного опитувальника	+	+

2. Перелік контрольних запитань

1. Поняття про психічне здоров'я. Критерії психічного здоров'я ВООЗ.
2. Епідеміологія психічних розладів.
3. Технологічні аспекти психіатричного консультування.
4. Причини та форми стигматизації психічно хворих та їхніх сімей. Організація антистигматизаційних заходів.
5. Громадські форми допомоги та захисту осіб з психічними розладами.
6. Соціально-правовий статус психічно хворих.
7. Вплив коморбідної соматичної патології на клінічні прояви шизофренії та ефективність лікування хворих з цією патологією.
8. Фактори етіопатогенезу патології формування шизофренії з коморбідними соматичними розладами.
9. Особливості проявів психопатології різних сфер психічної діяльності хворих при коморбідності соматичної патології та шизофренії.
10. Критерії ризику поєднання шизофренії з конкретними варіантами соматичних розладів.
11. Система комплексної терапії та реабілітації хворих на шизофренію з коморбідними соматичними розладами.
12. Психічна дезадаптація у родичів психічно хворих.
13. Якість життя у осіб, які проживають з людьми з проблемами психічного здоров'я.
14. Психокорекція та профілактика психічної дезадаптації у родичів психічно хворих.
15. Місце депресивних розладів у сучасній системі охорони психічного здоров'я.
16. Поняття адиктивної поведінки. Класифікація адикцій.
17. Фактори, які потенціюють розвиток адиктивної поведінки.
18. Етапи розвитку кіберзалежності.
19. Технології первинної профілактики кіберзалежності.
20. Принципи терапії і корекції кіберзалежності.
21. Причини та фактори, які приводять до розвитку вродженого та придбаного органічного ураження головного мозку.
22. Характеристика психічних розладів при органічному ураженні головного мозку.
23. Заходи реабілітації при розвитку когнітивних розладів та помірно виражених та тяжких дефектно-органічних порушень.
24. Поширеність розладів харчової поведінки в світі.
25. Скринінгові методики для ранньої діагностики розладів харчової поведінки.
26. Основні напрямки профілактики розладів харчової поведінки.

27. Основні види розладів харчової поведінки.
28. Терапія та профілактика розладів харчової поведінки.
29. Фактори, що призводять до розвитку сучасних психічних епідемій.
30. Фактори, які сприяють розвитку коронафобії.
31. Перелічить соціально-психологічні ефекти пандемій.
32. Основні ознаки стигматизації в умовах пандемії.
33. Специфічні джерела стресу для медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19.
34. Поняття синдрому вигорання. Фази розвитку синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах пандемії.
35. Корекція та профілактика синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах пандемії.
36. Особливості роботи з медичним персоналом в кризовій ситуації.
37. Поняття бойового стресу. Фактори бойового стресу.
38. Вказати фактори розвитку ПТСР у військовослужбовців.
39. Визначити гендерні особливості посттравматичного стресового розладу і коморбідні з ПТСР стани.
40. Поняття про сімейне насильство та його основні особливості.
41. Види сімейного насильства.
42. Фактори, що підвищують ризик виникнення домашнього насильства.
43. Психологічні наслідки сімейного насильства.
44. Технології консультування в діагностиці суїцидальної поведінки.
45. Технології об'єктивної оцінки суїцидального ризику.
46. Методи визначення суїцидальної та аутоагресивної поведінки.
47. Психометричні шкали для діагностики суїцидальної поведінки.
48. Стратегія поведінки медичного персоналу у разі суїциду в психіатричній лікарні.
49. Профілактика суїцидальної поведінки. Первинна, вторинна та третинна профілактика.
50. Організаційні аспекти профілактики суїцидальної поведінки.
51. Фактори, що санкціонують та лімітують розвиток пограничних психічних порушень у студентів.
52. Основні види психічних розладів серед студентської молоді.
53. Патоперсонологічні особливості студентів, які схильні до розвитку розладів психіки.
54. Гендерні особливості прояву тривоги серед студентів.
55. Психокорекція та психопрофілактика психічних порушень у студентів.
56. Поняття «психічне здоров'я дитини».
57. Спектр психічних захворювань дитячого і підліткового віку.

58. Характеристика критичних періодів та «вікових криз» психічного розвитку дитини.

59. Мета діагностики психопатологічних розладів, які є притаманними дитячому та підлітковому віку.

60. Види надання медичної та медико-психологічної допомоги пацієнтам з психопатологічними розладами, що притаманні дитячому та підлітковому віку.

61. Фактори, що здатні вплинути на стан психічного здоров'я літніх людей та наслідки їхнього впливу.

62. Поняття терміну деменція згідно з визначенням ВОЗ.

63. Стратегії реагування на проблему деменції, рекомендовані ВОЗ.

64. Симптоми професійного вигорання у осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією.

3. Тести

1. Оцінка психічного здоров'я згідно з критеріями ВООЗ має включати:

- A. Діагностику
- B. Визначення ризику заподіяння шкоди самому собі чи іншим через психічний розлад
- C. Сімейний анамнез
- D. Правильні відповіді A, B
- E. Все вищенаведене правильно.

2. До психометричних методик не відносяться:

- A. Шкали спостереження
- B. Скринінг-тести
- C. Полуструктуровані інтерв'ю
- D. Опитувальники
- E. Когнітивні тести.

3. «Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності» (C-SSRS) вимірює:

- A. Тяжкість суїцидальних ідей
- B. Інтенсивність суїцидальних ідей
- C. Суїцидальну поведінку
- D. Летальність
- E. Все вищенаведене правильно.

4. Поширеність депресії за даними ВООЗ в Європі серед дорослих жінок становить:

- A. 9 %
- B. 29 %
- C. 37 %
- D. 5 %
- E. 17 %.

5. До факторів ризику, що впливають на психічне здоров'я дітей і підлітків, сприяють виникненню та розвитку депресії, належить все перелічене, окрім:

- A. Біологічні, соціальні та екологічні детермінанти на ранніх етапах зачаття, вагітності і післяпологових періодів
- B. Несприятливі емоційні і соціальні умови в сім'ї
- C. Несприятливі міжособистісні взаємини учасників освітнього процесу в школі, зокрема і однолітків, батьків і педагогів
- D. Несприятливе макросередовище: демографічні, економічні, політичні, культурні, екологічні та науково-технічні фактори
- E. Фізична активність.

6. До переліку профілактичних рекомендацій хворим на післяпологову депресію не належать:

- A. Консультації, зокрема сімейні, телефоном або онлайн

B. Повна відмова від алкоголю та інших психоактивних речовин

C. Фізична активність, заняття йогою

D. Відвідування групи самопомоги, читання спеціальної літератури

E. Перегляд телевізійних програм.

7. У хворих, що хворіють на шизофренію у поєднанні з коморбідною хронічною ішемічною хворобою серця та ожирінням III ступеня, найчастіше виникають такі розлади відчуття та сприйняття:

A. Метаморфопсії

B. Сенестопатії

C. Психічні галюцинації Байярже

D. Кінестетичні галюцинації Сегла

E. Дисхронопсії.

8. У хворих, у яких шизофренія перебігає разом з коморбідним цукровим діабетом 2 типу, найчастіше проявляються такі розлади емоційної сфери:

A. Експлозивність

B. Тривожність

C. Апатія

D. Ейфорія

E. Гіпоманія.

9. Хворим на шизофренію з ожирінням для корекції емоційних порушень з урахуванням можливих метаболічних побічних ефектів терапії найбільш доцільним є призначення одного з перелічених препаратів:

A. Арипіпразол

B. Аміназин

C. Рисперидон

D. Міртазапін

E. Фенібут.

10. Раннє втручання при першому психотичному епізоді призводить до:

A. Зниження тяжкості ППЕ

B. Прискорення настання ремісії, зниження ризику розвитку когнітивного дефіциту й суїцидальної поведінки

C. Забезпечення відновлення соціального функціонування та запобігання хронізації патології

D. Зменшення кількості госпіталізацій до психіатричного стаціонару й їх тривалості

E. Все вищенаведене правильно.

11. До причин неприйняття родичами психічного розладу, що виникає вперше, не належить:

A. Брак інформації про хворобу

B. Зрозумілість поведінки хворого

C. Біль від втрати надій на майбутнє і нездійснених очікувань

- D. Страх соціальної ізоляції
- E. Біль, пов'язаний з втратою близького таким, яким його знали і любили.

12. До методів психокорекції на другому етапі психічної дезадаптації у родичів хворих із ППЕ належить:

- A. Стрес-прищеплювальний тренінг
- B. Послідовний систематичний самоконтроль
- C. Когнітивне переструктурування
- D. Актуалізація ресурсів особистості
- E. Психосенсорна та ментальна саморегуляція.

13. Хвора 15 років, школярка. Протягом останніх 6 місяців спостерігаються епізоди переїдання під час яких не контролює кількість спожитої їжі. Після таких епізодів викликає у себе блювання, надмірно виконує фізичні вправи. Періодично вживає діуретичні та проносні засоби. Кваліфікуйте психічний стан хворого:

- A. Атипова анорексія
- B. Компульсивне переїдання
- C. Психогенне переїдання
- D. Нервова анорексія
- E. Нервова булімія.

14. У хворої, 16 років, спостерігаються відмова від їжі та повна втрата апетиту. Значно схудла за останні 3 місяці, ІМТ = 16,5. Вважає себе товстою, особливо в ділянці живота та стегон, хоче ще втратити декілька «зайвих» кілограмів. Можна запідозрити, що дівчина хворіє на:

- A. Шизофренію
- B. Психогенне переїдання
- C. Компульсивне переїдання
- D. Нервову булімію
- E. Нервову анорексію.

15. У хворої, 18 років, спостерігаються відмова від їжі та повна втрата апетиту. Значно схудла за останні 3 місяці, ІМТ = 16,5. Вважає себе товстою, особливо в ділянці живота та стегон, хоче ще схуднути ще на декілька «зайвих» кілограмів. Яке лікування буде доцільним?

- A. Антидепресанти
- B. Нормотиміки
- C. Антипсихотичні засоби 1-го покоління
- D. Антипсихотичні засоби 2-го покоління
- E. Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, сфокусована на лікуванні розладів харчової поведінки.

16. Які механізми психологічного захисту використовують жінки — жертви домашнього насильства:

- A. Регресія
- B. Витіснення

- C. Заперечення
- D. Заміщення
- E. Всі перелічені.

17. Які безпосередні психологічні наслідки домашнього насильства є найменш характерними:

- A. Почуття занепокоєння, страху та гніву
- B. Відчуття зради
- C. Почуття провини і сорому
- D. Ізольованість
- E. Схильність до пияцтва.

18. Які психопатологічні стани нетипові для наслідків домашнього насильства?

- A. Тривожно-фобічні розлади
- B. Розлади адаптації
- C. Обсесивно-компульсивні розлади
- D. Органічні розлади
- E. Дисоціативні розлади.

19. Студент 4 курсу, після невдалого виступу під час конференції місяць тому, що спричинило неможливість стажування за кордоном, став скаржитися на дратівливість, порушення апетиту, періодично пригнічений настрій, проблеми у навчанні (став неуважним, погано справляється з навантаженнями, важко зосередитися), часті конфлікти з одногрупниками. Назвіть можливий діагноз:

- A. Розлад адаптації
- B. Неврастенія
- C. Депресія
- D. Посттравматичний стресовий розлад
- E. Соматоформний розлад.

20. Студентка 1 курсу перед виступом під час семінару раптово відчула серцебиття, пітливість, тремтіння кінцівок, запаморочення. Це призвело до неможливості її виступу. Дівчина розповіла, що ще у школі мала подібні симптоми, якщо треба було виступати перед публікою. Назвіть можливий діагноз:

- A. Соціальні фобії
- B. Панічний розлад
- C. Агорафобія
- D. Генералізований тривожний розлад
- E. Розлад адаптації.

21. Фокуси профілактичних заходів щодо психічних розладів у дітей та підлітків спрямовують на:

- A. Біопсихосоціальні чинники розвитку і клінічні прояви психічних порушень, притаманних дитячому та підлітковому віку

- В.* Реформу медичної системи
- С.* Ефективне лікування інфекційних та соматичних захворювань дитячого віку
- Д.* Психофізичні особистісні, родинні та суспільні наслідки наявності психічних розладів, властивих для дитячого та підліткового віку
- Е.* Дотримання прав людини.

22. До переважних варіантів психічної патології, які спостерігаються в клініці молодшого шкільного віку (8—10 років), належать:

- А.* Невротичні розлади та системні неврози віку (логоневроз, неорганічний енурез)
- В.* Розлади шкільних навичок
- С.* Поведінкові розлади
- Д.* Гіперкінетичний розлад
- Е.* Все вищенаведене правильно.

23. До основних проявів «кризи підліткового віку» належать:

- А.* Складнощі у навчанні
- В.* Розвиток психотичних розладів
- С.* Морфофункціональна перебудова дитячого організму при переході до фертильного періоду
- Д.* Виражені емоційно-когнітивні порушення
- Е.* Все вищенаведене правильно.

24. До первинних факторів, що здатні вплинути на стан психічного здоров'я літніх людей належить:

- А.* Підвищення освітнього рівня осіб похилого віку
- В.* Збільшення абсолютної чисельності літніх людей
- С.* Підвищення доступності медичної допомоги
- Д.* Позбавлення поваги і турботи з боку дітей та онуків
- Е.* Нехтування звичаями та традиціями.

25. До симптомів професійного вигорання у осіб, що доглядають за хворими з деменцією, належать:

- А.* Втрата інтересу до того, що раніше давало задоволення
- В.* Зміни характеру сну
- С.* Виникнення бажання заподіяти шкоду собі або людині, за якою доглядають
- Д.* Емоційне і фізичне виснаження
- Е.* Все вищенаведене правильно.

26. До первинних стресорів, що спричиняють напруження під час забезпечення догляду за хворими родичами з деменцією, належать:

- А.* Конфлікт з трудовим, сімейним та соціальним життям
- В.* Фінансові труднощі
- С.* Зниження самооцінки
- Д.* Ослаблення відчуття контролю
- Е.* Поведінка особи, за якою здійснюється догляд.

27. До критеріїв психічного здоров'я за ВООЗ не належить:

- А.* Усвідомлення і відчуття безперервності, постійності і ідентичності свого фізичного і психічного «Я»
- В.* Почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях
- С.* Некритичність до себе і своєї власної психічної діяльності і її результатів
- Д.* Відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям
- Е.* Здатність до управління власною поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів.

28. Відповідно до визначення ВООЗ, норма — це:

- А.* Етичний стандарт, модель поведінки або модель, яку вважають бажаною
- В.* Звичайна або модельна поведінка, що спостерігається в культуральній групі
- С.* Поведінка, очікувана від осіб, які мають особливу соціальну роль і статус
- Д.* Немає виражених психопатологічних симптомів
- Е.* Психічний стан, який відповідає певному поведінковому або іншому стандарту.

29. До ступенів стану психічного здоров'я не належить

- А.* Ідеальна норма
- В.* Конституціональна норма
- С.* Акцентуація
- Д.* Передхвороба
- Е.* Статистична норма.

30. Вкажіть права осіб, що користуються послугами служб психіатричної допомоги, які особливо треба захищати під час стаціонарного лікування в психіатричних закладах:

- А.* Право на конфіденційність
- В.* Право на доступ до інформації
- С.* Право на гідні умови утримання
- Д.* Право на прогулянки
- Е.* Право на повідомлення про права.

31. В мережу лікувально-профілактичних закладів Міністерства охорони здоров'я для надання психіатричної допомоги не входять:

- А.* Психоневрологічні диспансери
- В.* Психіатричні лікарні
- С.* Лікарі-психіатри
- Д.* Психоневрологічні інтернати
- Е.* Психіатричні медико-соціальні експертні комісії.

32. До принципів успішного зменшення рівня госпіталізації не належать:

- А.* Наявність послуг лише на рівні держави
- В.* Медичний персонал повинен бажати впроваджувати зміни
- С.* Політична підтримка на найвищому та найширшому рівні

D. Правильний вибір часу

E. Додаткові фінансові ресурси.

33. До принципів успішного зменшення рівня госпіталізації належать:

A. Наявність послуг тільки на рівні громади

B. Професійні асоціації не повинні бажати впроваджувати зміни

C. Соціологічна підтримка на найвищому та найширшому рівні

D. Правильний вибір часу

E. Заборона додаткового фінансування.

34. Вкажіть зайвий варіант поведінкових стратегій на першому етапі соціально-стресових подій:

A. Аномічний

B. Магіфреничний

C. Аподиктичний

D. Дисоціальний

E. Немає правильної відповіді.

35. Під час самоізоляції негативний вплив на психічне здоров'я і фізичне благополуччя не чинить:

A. Тривала ізоляція

B. Відокремлення від сімей

C. Сенсорна депривація і обмеження простору

D. Зниження рухової активності

E. Дистанційна взаємодія з широким колом людей.

36. Хто з перелічених входить до груп підвищеного ризику розвитку кризових станів та психічних і поведінкових розладів під час пандемій:

A. Люди середнього віку

B. Діти

C. Працівники сфери освіти

D. Працівники сфери громадського харчування

E. Хворі на COVID-19 в легкій формі.

37. Кому в першу чергу треба надавати психологічну і психіатричну допомогу під час пандемій?

A. Особам, поміщеним в карантин

B. Сім'ям госпіталізованих до стаціонарів

C. Освітянам

D. Студентам

E. Медичним працівникам.

38. До факторів, що впливають на розвиток залежності від психоактивних речовин, належать:

A. Біологічні

B. Психологічні

C. Соціальні

D. Всі перелічені

E. Жодний з перелічених.

39. Ефективна наркополітика держави має базуватися на таких принципах:

A. Переорієнтація дій правоохоронних органів на боротьбу не з організованою злочинністю, а на тих, хто перебуває на найнижчій сходинці ієрархії — розповсюджувачів ПАР

B. Немає регулювання та контролю обігу ПАР

C. Забезпечення вільного доступу до життєво необхідного лікування

D. Позбавлення свободи людей, які вживають наркотики

E. Використання як критерію ефективності наркополітики кількості засуджених за злочини, пов'язані з уживанням/зберіганням/поширенням ПАР.

40. Які особливості спілкування в мережі Інтернет сприяють формуванню кіберадикцій?

A. Анонімність

B. Обмежені можливості для спілкування

C. Залежність привабливості співрозмовника від його фізичних, вікових і гендерних характеристик

D. Обмеженість свободи дій морально-етичними нормами

E. Жодна з перелічених.

41. В якому напрямку не здійснюється попередження розвитку кіберадикцій?

A. Інформаційний

B. Науковий

C. Виховна робота серед молоді

D. Робота з батьками

E. Адміністративно-законодавчі заходи.

42. Вкажіть перші ознаки кіберзалежності:

A. Нав'язливе бажання діяльності за комп'ютером;

B. Постійне очікування подальшої роботи за комп'ютером;

C. Скарги оточення на те, що людина проводить занадто багато часу за комп'ютером;

D. Всі перелічені

E. Жодна з перелічених.

43. Які психічні розлади не коморбідні посттравматичному стресовому розладу?

A. Алкогольна залежність

B. Генералізований тривожний розлад

C. Наркотична залежність

D. Панічний розлад

E. Біполярний афективний розлад.

44. Вкажіть найменш ефективний метод психотерапії для лікування ПТСР.

A. Спеціалізована когнітивно-поведінкова терапія

B. Гіпнопсихотерапія

- C. Розповідна експозиційна терапія
- D. Метод письмових оповідань
- E. Коротка еkleктична терапія.

45. Процес успішного подолання нав'язливих переживань травми може проходити низку стадій, окрім:

- A. Стабілізація
- B. Розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами і реакціями
- C. Переробка травматичного досвіду
- D. Відновлення надійних соціальних зв'язків
- E. Накопичення емоційних переживань, що надають спустошуючий ефект.

46. Основними завданнями психологічного і психофізіологічного супроводу військово-професійної діяльності військовослужбовців в умовах бойової діяльності є:

- A. Зниження професійного здоров'я військовослужбовця
- B. Діагностика функціонального стану
- C. Підтримання несприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділі
- D. Заборона травматизму та нещасних випадків
- E. Все вищенаведене правильно.

47. За структурою система медико-психологічного супроводу сім'ї, де проживає хворий з ендogenous психічним розладом (ЕПР), має чотири основні модулі:

- A. Психодіагностичний, психоосвітній, психокорекційний, підтримувальний
- B. Психодіагностичний, комунікативний, корекційний, підтримувальний
- C. Психодіагностичний, психоосвітній, когнітивний, модуль, що моделює
- D. Психодіагностичний, психоосвітній, психокорекційний, модуль, що активує
- E. Психодіагностичний, сугестивний, психокорекційний, підтримувальний.

48. Протипоказаннями до залучення до участі референтних родичів пацієнтів з ЕПР у заняттях психокорекційного модуля системи медико-психологічного супроводу сім'ї (СМПС) є:

- A. Категорична відмова родичів від участі у груповій роботі
- B. Немає достатніх знань про причини виникнення ЕПР
- C. Агресивне чи недоброзичливе ставлення до ведучих та інших учасників групи
- D. Схильність до самостигматизації
- E. Правильно А та С.

49. Під час зустрічей з учасниками психокорекційних груп стандартна групова сесія має такі етапи:

- A. Вступна частина

- B. Теоретичний блок основної частини
- C. Практичний блок основної частини
- D. Завершення зустрічі
- E. Все вищенаведене правильно.

50. Сімейні втручання СМПС базуються на таких основних положеннях:

- A. Самостигматизація сім'ї, дистанціювання від ресурсних просоціальних мереж посилюють психологічну дезадаптацію членів сім'ї
- B. Сім'я пацієнта з ЕПР часто не має адекватної реалістичної інформації про ЕПР
- C. Ставлення сім'ї до хворого на ЕПР і сприйняття ними свого зміненого статусу залежать від тривалості, нозологічної належності та клініко-психопатологічних особливостей психічного розладу
- D. Зміни поведінки та особистості хворого дезадаптують сім'ю, призводять до маніфестації або посилення прихованих раніше порушень внутрішньосімейної взаємодії
- E. Все вищенаведене правильно.

51. Для корекції неефективних інтерперсональних інтеракцій і розроблення стратегій взаємодії з хворим родичем використовують техніку:

- A. Активного слухання
- B. Імагінативної рескрипції
- C. Поведінкової активації
- D. Моделювання поведінки
- E. Релаксації.

52. Поведінкові чинники розвитку ЦВП, що потенціюють стрес, охоплюють:

- A. Шкідливі звички, низький рівень адаптації, незбереження здоров'я
- B. Високий рівень якості життя, навички стресостійкості
- C. Характерологічні особливості, психогенні розлади
- D. Нозогенні реакції
- E. Стан гострого або хронічного стресу.

53. Гіперемоційний клініко-психологічний варіант прояву емоційної комплаєнтності характеризують:

- A. Інтенсивність прояву
- B. Перепад настрою
- C. Фобічні прояви
- D. Надмірна тривожність.
- E. Всі відповіді правильні.

54. Оберіть чинники формування психосоціального стресу у пацієнтів з ЦВП:

- A. Зниження працездатності;
- B. Зростання потреби у психологічній підтримці
- C. Зміна сімейних ролей, обов'язків

D. Переживання факту реальної загрози для життя близької людини та можливості її втрати

E. Всі відповіді правильні.

55. Найважливішими мішенями медико-психологічної допомоги для родини хворих з ЦВП є:

A. Високий рівень психосоціального стресу, виражений рівень сімейного напруження, почуття провини, порушення взаємодії у родині, реагування на дезадаптивну поведінку пацієнта протягом хвороби;

B. Психогенні порушення, конфліктогенність сімейних взаємин, прояви агресивності

C. Розподіл сімейних обов'язків, дезадаптивні прояви, фобічні прояви

D. Високий рівень тривоги, депресивні прояви, низький рівень стресостійкості

E. Всі відповіді правильні.

56. Зростання стресового ризику супроводжується:

A. Підвищенням рівня сімейної тривоги

B. Відчуттям провини

C. Надмірною тривогою

D. Відчуттям напруженості

E. Всі відповіді правильні.

Правильні відповіді на тести

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E	C	A	E	E	E	B	A	A	E
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	E	E	E	E	E	D	A	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A	E	E	A	E	E	C	A	E	D
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
D	A	D	C	E	E	E	D	C	A
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
B	D	E	D	E	B	A	E	E	E
51	52	53	54	55	56				
D	A	E	E	A	E				

Рекомендована література

1. Адиктологія : навчальний посібник / за ред.: Л. М. Юр'євої. Дніпро : Нова Ідеологія, 2018. 185 с.

2. Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 10-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 264 с.

3. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. Москва : Эксмо-Пресс, 2002. 640 с.

4. Брызгунов И. П., Михайлов А. Н., Столярова Е. В. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. Москва : Медпрактика-М, 2008. 186 с.

5. Герасименко Г. Гендерна рівність та відповідь на домашнє насильство в приватному секторі: заклик до дії. UNFPA Ukraine. 2019. 65 с. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/BADV2019>.

6. Гештальт-подход в групповой терапии : учебно-методические материалы. Москва : МИГИП, 2012. 232 с.

7. Дзяк Г. В. Депресивні розлади у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця : монографія / Г. В. Дзяк, Л. М. Юр'єва, О. О. Дукельський. Київ, 2014. 108 с.

8. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов : учебное пособие / за ред. Л. Н. Юрьевой. Днепр : Новая идеология, 2017. 204 с.

9. Диагностика та лікування депресій у хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли стентування коронарних артерій : монографія / Л. М. Юр'єва, Л. І. Васильєва, О. Й. Мамчур, О. О. Дукельський [та ін.]. Дніпропетровськ : Дніпро-VAL, 2009. 88 с.

10. Диагностика, терапия та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу (навчальний посібник) / [Т. О. Перцева, М. С. Кулумчян, Л. М. Юр'єва, О. О. Дукельський]. Дніпро, 2018. 170 с.

11. Добряков Н. В. Перинатальная психология. СПб. : Питер, 2009. 272 с.

12. Потапов В. О., Чугунов В. В., Сюсюка В. Г. Дослідження психоемоційного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компонента // Таврич. мед.-біологіч. вестн. 2012. № 2, Ч. 1. С. 253—255. <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/56482/68-Potapov.pdf?sequence=1>.

13. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2008. 784 с.

14. Каліна Н. Ф. Психотерапія. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.

15. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. 6-е изд. СПб. : Питер, 2012. 640 с.

16. Классификация болезней в психиатрии и наркологии : пособие для врачей / под ред. М. М. Милевского. Москва : Триада-Х, 2009. 184 с.

17. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2015. 528 с.

18. Клінічна суїцидологія : підручник / за заг. ред. професорів Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути, І. В. Лінського. Харків : Видавець Строков Д. В., 2020. 302 с.

19. Клювер Р. Фокальна психотерапія / пер. з нім. Львів : ВНТЛ-Класика, 2004. 172 с.

20. Лікування та профілактика COVID-19. Охорона психічного здоров'я в умовах пандемії : навчальний посібник / О. Є. Абатуров, О. О. Буйко, Є. О. Гречуха [та ін.]; за ред. проф., д-ра мед. наук О. Є. Абагурова, проф., д-ра мед. наук С. О. Крамартова, проф., д-ра мед. наук Л. М. Юр'євої. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. 252 с.

21. Лох В. Основы психоаналитической теории (Метапсихология) / под ред. Г. Хинца / пер. с нем. Москва : Когито-Центр, 2007. 153 с.

22. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. Москва : Класс, 2001. 480 с.

23. Маскольє Г. Гештальт-терапия: вчера, сегодня, завтра. Быть собой / Гонзаг Маскольє. Москва : Боргес, 2010.

24. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. Москва : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.

25. Менделевич В. Д. Медицинская психология : учебник. Ростов н/Д : Феникс, 2018. 460 с.

26. Методичні рекомендації щодо запобігання та протидії насильству : Лист МОН від 18.05.2018 р. № 1/11-5480. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS30017>.

27. Методологические основания психодрамы : учебно-методические материалы. Выпуск 2. Москва : МИГИП, 2014. 186 с.

28. Миколайський М. В. Клінічна психодіагностика: практикум : навчальний посібник / М. В. Миколайський, М. М. Марусинець ; М-во освіти і науки України ; ПНУ ім. В. Стефаника. Івано-Франківськ : Плай, 2009. 278 с.

29. Михайлов Б. В. Психотерапія в соматичній медицині : монографія / Б. В. Михайлов, Б. С. Федак. Харків : Точка, 2017. 507 с.

30. Посттравматичні стресові розлади / Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є. [та ін.]. Харків : ХМАПО, 2013. 224 с.

31. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. 384 с.

32. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.

33. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу», зареєстрований Міністерством юстиції за № 577/15268 від 03.07.2008 р.

34. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313

35. Невротичні, соматоформні розлади та стрес : навчальний посібник / Юр'єва Л. Н., Носов С. Г., Мамчур А. И., Малишко Т. В. [та ін.] ; за ред. проф. Л. М. Юр'євої. Дніпропетровськ : Арт-прес, 2006. 116 с.

36. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія : навчальний посібник / О. Є. Абатуров, Л. М. Юр'єва, В. І. Величко [та ін.] ; за ред. О. Є. Абагурова та Л. М. Юр'євої. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021. 268 с.

37. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / пер. з англ.: Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсянниківа, О. Тесленко. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 586 с.

38. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / пер. з англ.: Т. Охлопова, О. Брацюк. Київ : Наш формат, 2017. Т. 2. 548 с.

39. Пезешкіан, Н. Лексикон позитивної психотерапії : довідник. Київ : Талком, 2019. 190.

40. Перлз Ф. Практика гештальт-терапії. Москва : Ин-т общегуманит. исследований, 2001.

41. Перлз Ф. Практикум по гештальттерапии / Ф. Перлз, П. Гудмен, Р. Хефферлин. Москва : Изд-во Ин-та психотерапии, 2001.

42. Про запобігання та протидію домашньому насильству : Закон України від 07.12.2017 р. № 2229-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. С. 35.

43. Про внесення зміни до Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб : наказ М-ва охорони здоров'я України від 25.02.2020 р. № 521. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-25022020--521-pro-vnesennja-zmini-do-pereliku-osobливо-nebezpechnih-nebezpechnih-infekcijnih-ta-parazitarnih-hvorob-ljudini-i-nosijstva-zbudnikiv-cih-hvorob>.

44. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1018-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.

45. Mental health in the workplace. URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/mental-health-in-the-workplace>.

46. Психотерапія : учебное пособие / под ред. И. С. Шамрея, В. И. Курпатов. СПб. : СпецЛит, 2012. 496 с.

47. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. Самара : Бахрах-М, 2008. 672 с.

48. Расстройства пищевого поведения / под ред. М. Мэйа, К. Халми, Х. Х. Лопез-Ибора, Н. Сарториуса. Киев : Сфера, 2006. 444 с.

49. Рутан Дж. Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия. СПб. : Питер, 2002. 400 с.

50. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство. Москва : Класс, 2005. 592 с.

51. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : коллективная монография / под ред. В. В. Лукьянова, Н. Е. Водопьяновой, В. Е. Орла [и др.]. Курск, 2008. 336 с.

52. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія / за ред. професора П. В. Волошина, професора Н. О. Марути. Харків : Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.

53. Стаціонарна психотерапія та її рамки / за ред. Г. Шепанка, В. Гресса ; пер. з нім. Львів : ВНТЛ-Класика, 2006. 212 с.
54. Страшенбаум В. Г. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. Москва : Высшая школа психологии, 2003. 367 с.
55. Сучасні проблеми суїцидології : колективна монографія за ред. професора П. В. Волошина, професора Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В., 2017. 328 с.
56. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад». 2016.
57. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)». 2014.
58. Фрейд З. Толкование сновидений / [пер. с нем.]. Москва : Эксмо; СПб. : Мидгард, 2005. 1088 с.
59. Харитонов С. В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. Москва : Психотерапия, 2009. 306 с.
60. Чабан О. С., Ящук В. Т., Несторович Я. М. Психічне здоров'я : підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. II рівня акредитації. Тернопіль : ТДМУ Укрмедкнига, 2008. 479 с.
61. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз : учебное пособие. Харьков : Наука, 2010. 304 с.
62. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2008. 672 с.
63. Экзистенциальная психология / под ред. Р. Мея, Э. Энджела, Г. Элленбергера. Москва : Эксмо-Пресс, 2001.
64. Юр'єва, Л. М. Реабілітація підлітків, позбавлених батьківського піклування : монографія / Л. М. Юр'єва, Є. І. Гура. Дніпропетровськ : Журфонд, 2009. 118 с.
65. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев : Сфера, 2002. 314 с.
66. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция. Киев : Сфера, 2004. 272 с.
67. Юрьева Л. Н. Шизофрения : клиническое руководство для врачей. Днепропетровск : Новая идеология, 2010. 244 с.
68. Юрьева, Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика : монография / Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Ботьбот. Днепропетровск : Пороги, 2006. 196 с.
69. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. / пер. с англ. 2-е изд. Москва : Апрель-Пресс; Изд-во Института психотерапии, 2005. 576 с.
70. Ялом И. Брехуни на кушетці. Психотерапевтичні оповіді. 2-е вид. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2019. 509 с.
71. American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People // American Psychologist. 2015. 70 (9), 832—864. DOI: 10.1037/a0039906.
72. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. 2017. URI: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>.
73. Guidelines for Assessment of and Intervention With Persons With Disabilities, 2007. URI: <https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities.aspx>.
74. Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay and Bisexual Clients were adopted by the APA Council of Representatives, Feb. 18—20, 2011. URI: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>.
75. Guidelines for Psychological Practice with Older Adults, Adopted as APA Policy by the APA Council of Representatives in August, 2013. URI: <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.aspx>.
76. Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change Adopted by the APA Council of Representatives on February 18, 2011. URI: <https://www.apa.org/practice/guidelines/dementia.aspx>.
77. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2008. URI: https://www.who.int/mental_health/emergencies/IASC_guidelines_%20checklist_%20for_%20field_use.pdf.
78. VA/DoD Clinical Practice Guidelines for the Management of Post-Traumatic Stress, 2010. URI: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg_PTSD-full-201011612.PDF.
79. WHO guidelines on conditions specifically related to stress. 2013. URI: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>.

Навчальне видання

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Підручник для лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-наркологів,
лікарів-психотерапевтів, лікарів-реабілітологів, медичних психологів та лікарів
загальної практики — сімейної медицини

за загальною редакцією професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути

Формат 60 × 90/16. Ум. друк. арк. 24. Обл.-вид. арк. 20,63.

Видавець Строков Д. В., пр. Науки, буд. 30, кв. 11, м. Харків, 61166.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 247 від 19.11.2009 р.