

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,
наркології та сексології

В. Л. Підлубний

**МЕДИКО-ПСИХОСОЦІАЛЬНА
ДОПОМОГА
ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Запоріжжя

2017

УДК 616.89-008-082(075)

П 32

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 5 від « 25 » травня 2017 р.)
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

Автор:

В. Л. Підлубний

Рецензенти:

В. С. Підкоритов, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»;

В. І. Дарій, доктор медичних наук, професор, професор кафедри нервових хвороб Запорізького державного медичного університету.

П 32 Підлубний В. Л.

Медико-психосоціальна допомога при психічних розладах : навчальний посібник / В. Л. Підлубний. - Запоріжжя, 2017. – 80 с.

Навчальний посібник присвячено питанням психосоціальної допомоги заснованої на синергетичній біопсихосоціальній методології та мультидисциплінарного підходу при психічних розладах. Дана концепція дозволяє виділити пріоритетні напрямки превентивної реабілітаційної та ре адаптаційної діяльності лікарів, психологів та фахівців з соціальної роботи у тісній співпраці з соціальним оточенням в усіх фракталах розвитку психічних розладів. Навчальний посібник для лікарів-інтернів, психіатрів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників, аспірантів, лікарів-психіатрів факультету післядипломної освіти.

УДК 616.89-008-082(075)

ЗМІСТ

Вступ.....	4
I. Підходи до вивчення психічного здоров'я	
1.1. Концепція синергетичного біопсихосоціального підходу в питанні вивчення психічного здоров'я.....	8
1.2. Особливості формування психічних розладів з позиції біопсихосоціального підходу.....	14
II. Медикопсихосоціальна допомога при ментальних розладах.	
2.1. Програма медикопсихосоціальної допомоги при ментальних розладах.....	23
2.2. Психофармакотерапія ментальних розладів.....	28
2.3. Психотерапія ментальних розладів.....	32
2.4. Мультидисциплінарний підхід до ментального здоров'я.....	41
2.5. Саногенетична терапія ментального здоров'я.....	48
III. Ментальна превентологія.	
3.1. Від психопрофілактики до ментальної превентології.....	54
3.2. Основні напрямки ментальної превентології.....	62
3.3. Системний моніторинг ментального здоров'я.....	70
Висновки	73
Список літератури	76

ВСТУП

Проблеми психічного здоров'я набувають в останні десятиліття особливу значимість серед усіх класів захворювань. Причиною цього є економічні витрати, пов'язані з психічними розладами, і не стільки з фінансовим забезпеченням діагностики та лікування даних розладів, скільки з непрямими витратами (трудовими втратами, забезпеченням різноманітних форм соціальної підтримки і т.д.). При цьому все більш виражена соціальна орієнтованість психіатрії останніх десятиліть і зростаючий інтерес до проблеми якості життя людини актуалізували питання, чи не є предметом спеціального вивчення класичної психіатрії, які опікуються цією патологією психіки, але не заглиблюються в тему психічного здоров'я.

Тим часом психічне здоров'я не вичерпує простою констатацією відсутності психічного розладу, але визначається як стан благополуччя людини, що дозволяє йому реалізовувати власний потенціал, що допомагає протистояти стресу, продуктивно працювати, вносячи свій внесок в розвиток суспільства. Дана обставина чітко позначає актуальність ширшого системного підходу до проблеми, традиційно вважалася долею і призначенням психіатрії.

Ментальна медицина - наука, що вивчає етіопатогенез і діагностику, клінічну картину і лікування психічних розладів, біопсихосоціальні ресурси розвитку особистості і суспільства, стратегії і механізми адаптації і професіогенезу на єдиної синергетичної методології. У це формулювання входить класичне визначення психіатрії та все модальності, виділені в характеристиці ментального здоров'я ВООЗ (2001), що є пріоритетами ментальної превентології.

Ментальна превентології - розділ загальної превентології, наука про шляхи формування та підтримки оптимального рівня ментального здоров'я, психогігієни і психопрофілактики на системній і мультидисциплінарної синергетичної основі.

Ментальність - (від лат. mens, mentis - розум, інтелект) спосіб бачення світу, сформований в процесі виховання, освіти і набуття життєвого досвіду в конкретному культурному середовищі. Подальші дослідження дозволять науково обґрунтувати всі значущі для ментальної екології та ментальної медицини модальності.

Ментальна екологія - це розділ екології людини, що вивчає взаємини в системі «навколишнє середовище - суспільство - особистість», фактори і ресурси психічного здоров'я. Поняття ментальної екології особистості ширше, ніж психічне здоров'я, воно включає оцінку не тільки наявності або відсутності психічних порушень, але і вплив факторів, що впливають на психічне здоров'я, таких як екологічні, культурні, політичні, інформаційні, соціальні і т.п., а також включає психічну, соціальну і соматичну складові якості життя

Мультидисциплінарної психіатрії констатує залученість в цю проблему різнопрофільних дисциплін: природничо-наукових, гуманітарних, технічних, що дозволяє застосувати в даному дослідженні синергетичний метод. Мультидисциплінарність психіатрії, що виникла в результаті перетинів з іншими науками, позначає її принципову інтеграцію.

Ментальна медицина розширює можливості психіатрії та наркології, психотерапії і клінічної психології, дестигматизує все психонаркологічне поле і зайняті на ньому професійні спільноти, забезпечує включення психотерапії і соціотерапії в усі профілактичні та лікувально-реабілітаційні програми і маршрути, реалізуючи нову концептуальну і технологічну методологію, спрямовану, перш за все, на збереження і зміцнення ментального здоров'я.

Системний моніторинг ментального здоров'я - це мультидисциплінарний комплексний моніторинг, спрямований на встановлення причинно-наслідкових зв'язків в системі «навколишнє середовище - суспільство - особистість». Він об'єднує в рамках єдиної синергетичної методології профільні інформаційні бази, даючи об'єктивну

картину і динаміку соціально значущих ментальних і поведінкових трендів. Без цього інструменту будь-які програми розвитку і модернізації будуть дуже уразливі.

Методологічною базою ментальної медицини є синергетика. Синергетика - міждисциплінарний науковий напрям, що досліджує розвиток і самоорганізацію дисипативних структур, які розсіюють енергію. Творцем синергетичного напрямку і автором терміну «синергетика» є Г.Хакен. Сам термін «синергетика» походить від грецького «Синергія» - сприяння, співробітництво. За Г.Хакену, синергетика займається вивченням систем, що складаються з великої кількості частин, компонентів або підсистем, одним словом деталей, складним чином взаємодіють між собою. Синергетика вивчає нелінійні процеси розвитку не рівноважних систем. Слово «синергетика» означає «спільна дія», підкреслюючи узгодженість функціонування частин, що відбивається в поведінці системи як цілого.

Синергетика дозволяє в рамках єдиної методології розглядає ментальне здоров'я і ментальні недуги. Саме тому ментальна медицина, побудована на мультидисциплінарної синергетичної методології, об'єднує нозоцентричну клінічну психіатрію і здравоцентричну ментальну превентологію. Синергетика є конструктивною основою, що не суперечить сьогоднішнім критеріям діагностики і терапії психічних розладів, на яку можуть накладатися розширюють рівень осягнення суті психічних розладів будь клінічні дані, що оптимізують по удосконаленням психофармакології, методик обстеження психологічної діагностики. Виділення до нозологічних фракталів і категорій в ментальній медицині скорочує діагностичну і прогностичну невизначеність. Саме методологія синергетики, що лежить в основі ментальної медицини, дозволяє запропонувати нові концептуальні підходи для вирішення багатьох складних проблем суспільного здоров'я і суспільної свідомості.

Синергетичний підхід в медицині можна уявити тривимірними векторами біопсихосоціальної моделі: сомато-, психо- і соціогенезу.

Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез - розвиток психічних функцій; соціогенез - розвиток соціальних ролей і відносин.

Автором біопсихосоціальної моделі здоров'я і хвороби є Джордж Енгель (1977). Особливість сучасної біопсихосоціальної концепції онтогенезу психічних розладів полягає в наповненні її синергетичної методології.

Концепція античної медицини, що розмовляла про те, що «слід лікувати не хвороба, а хворого» сьогодні ніким не заперечується. Більшість психіатрів погодилися і з біопсихосоціальною моделлю психічних розладів, формує персональний протягом будь-якого психіатричного розладу в кожному конкретному випадку. Формально кожен лікар згоден з цими позиціями і теоретично розділяє їх. На практиці справа йде інакше.

Ментальна медицина на синергетичній методології об'єднує медицину ментального здоров'я та медицину ментальних недуг (клінічну психіатрію). Проекція векторів докладання синергетики на традиційне поле класичній психіатрії розширює сферу застосування спеціальних знань, направляючи їх на ситуації, ще не стали проблемою клінічного змісту. Це вимагає вдосконалення технологій системного моніторингу ментального здоров'я, доповнюють і перетворюють традиційну диспансеризацію; професіоналізації профілактичної та моніторингової діяльності фахівців (з появою спеціальностей «превентології», «моніторинг і зміцнення здоров'я»); формування стратегій роботи на донозологічному полі, скринінгу факторів і ресурсів психічного здоров'я; багатоваріантності траєкторій корекційно профілактичних та лікувально-реабілітаційних маршрутів; оцінки якості життя і соціального функціонування, що в підсумку забезпечить більш високі результати по зміцненню ментального здоров'я.

I. ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Концепція синергетичнобіопсихосоціального підходу в питанні вивчення психічного здоров'я.

В останні десятиліття проблеми психічного здоров'я набувають актуальності, що пояснюється збільшенням чисельності хворих з неспсихотичними розладами, а також зі зростанням економічних витрат, пов'язаних з діагностикою, лікуванням, соціальною і трудовою реабілітацією даної категорії пацієнтів. За даними ВООЗ, у всьому світі зниження працездатності і можливостей соціального функціонування пов'язане з психічними та поведінковими розладами в 12% випадків, а в країнах з високим рівнем доходів населення - в 23%. У багатьох країнах-членах Ради Європи витрати, пов'язані з психічним здоров'ям, складають від 1/3 загальної вартості охорони здоров'я.

Стан психічного здоров'я є однією з основних цінностей, як окремого індивідуума, так і суспільства в цілому, визначаючи, з одного боку, фізичне і соціальне благополуччя людини, з іншого - впливаючи на інтелектуальний потенціал, розвиток виробничих сил і трудових ресурсів, обороноздатності країни. Психічне здоров'я - це стан психічної сфери людини, що характеризується загальним душевним комфортом, забезпечує адекватну регуляцію поведінки і обумовлене потребами біологічного і соціального характеру (Дмитрієва Т.Б., Положій Б.С., 2003).

Термін «психічне здоров'я» був введений ВООЗ в 1979 р. Експерти ВООЗ визначили психічне здоров'я як психічний стан, що сприяє найбільш повного фізичного, розумового і емоційного розвитку людини.

Психічне здоров'я - поняття умовне, що виділяє лише одну зі складових здоров'я людини, і може бути розділене на індивідуальне і суспільне здоров'я.

Індивідуальне психічне здоров'я - це такий стан психіки індивіда, яке характеризується цілісністю і узгодженістю всіх психічних функцій організму, що забезпечують почуття суб'єктивної психічної комфортності,

здатність до цілеспрямованої осмисленої діяльності та оптимальне виконання соціальних функцій, адекватних загальнолюдських цінностей і етнокультурним особливостям тієї групи, до якої належить індивід .

Під терміном суспільне психічне здоров'я мається на увазі рівень психічного здоров'я популяції, тобто поширеність в ній психічних розладів, алкоголізму і наркоманії, розумової відсталості, різних форм деструктивної поведінки, співвідношення між психічно здоровими і хворими людьми (Дмитрієва Т.Б., Положій Б.С. , 2003).

Психіка сучасної людини відчуває потужні негативні впливи соціального, природного, побутового та багатьох інших характерів, що вимагає спеціальних заходів для охорони і зміцнення психічного здоров'я. Психічне здоров'я - важлива складова частина здоров'я людини, тому фізичне і психічне здоров'я пов'язано найтіснішим чином. В першу чергу це обумовлено тим, що організм людини - це система, в якій всі елементи взаємопов'язані один з одним і впливають один на одного. Значна частина цих взаємодій опосередковується через нервову систему, тому психічний стан впливає на роботу внутрішніх органів, а стан останніх, в свою чергу, позначається на психіці (Вайнер Е.Н., 2005).

У доповіді ВООЗ «Про стан охорони здоров'я в світі. Психічне здоров'я: нове розуміння, нова надія »(2001) міститься рішення про підтримку наукових досліджень, які сприяють розумінню природи розладів психічного здоров'я та розробці ефективних методів їх профілактики.

За визначенням ВООЗ (2001), ментальне здоров'я - це психічне благополуччя людини, яке дозволяє йому реалізувати власний потенціал, допомагає протистояти стресу, продуктивно працювати і вносити свій вклад в розвиток суспільства. Воно не є просто відсутністю психічного розладу. Ментальне здоров'я інтегрує потенціал психічного, соматичного і соціального здоров'я, будучи конструктивно-творчим ресурсом суспільної свідомості і громадського здоров'я. Поняття ментальної екології особистості ширше, ніж психічне здоров'я, воно включає оцінку не тільки наявності або

відсутності психічних порушень, але і впливу факторів, що впливають на онтогенез, а також психічної, соціальної і соматичної складових життя.

Згідно ВООЗ, ментальне здоров'я - головна складова якості життя індивідуума і суспільства в цілому. У істотній мірі це пов'язано з тим, що за останнє сторіччя число хворих з психічними розладами непсихотичного рівня збільшилася в 60 разів. Офіційна статистика істотно відрізняється від даних епідеміологічних досліджень, які виявляють поширеність субклінічних форм психічних розладів в 5 разів, невротичних - в 19 разів, розладів особистості - в 17 разів вище. Все це дозволяє говорити про те, що суспільна свідомість знаходиться в критичному стані (Сидоров П. І., Новикова І. А., 2012).

Новим методологічним інструментом вивчення ментальної екології особистості є синергетика - міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізації. Синергетика займається вивченням систем, що складаються з великої кількості частин, компонентів або підсистем, складним чином, взаємодіючих між собою.

Синергетика - науковий напрямок, що вивчає зв'язки між елементами структури (підсистемами), які утворюються у відкритих системах (біологічних, фізико-хімічних та інших) завдяки інтенсивному (потоківому) обміну між речовиною і енергією з навколишнім середовищем в не рівноважних умовах. У таких системах спостерігається узгоджена поведінка підсистем, в результаті чого зростає ступінь їх впорядкованості, тобто зменшується ентропія (самоорганізація). Самоорганізацією прийнято називати виникнення упорядкованих, нерегулярних впливів на систему. Такий процес завжди пов'язаний з втратою стійкості менш організованого стану і є проявом нелінійних властивостей системи. Основними принципами синергетики є: не лінійність, нестійкість, не замкнутість, динамічна ієрархічність, спостережливість. Методологія синергетики заснована на інтегративному підході до вивчення термодинамічних відкритих і не рівноважних дисипативних структур (Баранцев Р.Г., 2009).

Дисипативні структури - це дискретні структури, що розсіюють енергію, що відрізняються спіралеподібним розвитком в багатовимірному просторі, траєкторія і автоколивальна амплітуда якого носить різноманітний характер, зумовлений складанням різноспрямованих сил і чинників в точках біфуркації. Дисипативні структури характеризуються організованим поведінкою, яке може виникати у взаємодії двох протилежних аспектів рівноважної термодинаміки: дисипації, зумовленої активністю, що народжує ентропію, і порядку, яку порушували цієї дисипацією (Трубецької Д.І., 2004).

Дисипативні структури утворюються і присутні в соціумі і біосфері і періодично проходять процеси самоорганізації, підкоряючись внутрішній логіці розвитку, ускладнюючи і деградуючи в процесі існування. Процес самоорганізації відбувається в термодинамічних не рівноважних умовах з отриманням дисипативними структурами ззовні потоків речовини і енергії. Організм людини є сукупністю динамічно змінюють один одного дисипативних систем, що визначають стан його здоров'я.

Для розуміння проградієнтного захворювання необхідно зупинитися на одному з нових понять в медицині - фракталі. Слово фрактал утворене від латинського fractus і в перекладі означає «складається з фрагментів», «фрагментуються». Фрактал - фігура, що володіє властивостями самоподібності, що складається з частин, кожна з яких подібна фігурі цілком і володіє нетривіальною структурою на всіх шкалах. Точного визначення фракталу не існує, але принцип його квантировання у всьому - в механіці, передачі енергії, в творчості, в психіці, в мові »(Чернобровкіна Т. В., Кершенгольц Б.М., 2005).

Фрактальна динаміка - це перехід квантової системи з одного можливого стану в інше через біфуркацію, минаючи яку, дисипативна структура починає прагнути до нового аттрактору і нову структуру, що в клінічній психіатрії відповідає розвитку психічних розладів або лікуванню - в

залежності від того який аттрактор (що веде до проградієнтності або ремісії психічного розладу) виявляється більш актуальним.

Синергетика розглядає людський організм як складну відкриту систему з нелінійно протікають процесами. Поведінка його не можна назвати детермінованим. Зміна системи не підпорядковується лінійним законам, що відбувається в силу виникнення внутрішніх флуктуацій, в силу хаотичного характеру нелінійних процесів. Замість великого числа факторів, від яких залежить стан системи, синергетика розглядає нечисленні параметри порядку, тобто ключові змінні, багато в чому визначають поведінку системи. Впливаючи всього на кілька змінних, ми можемо направити розвиток системи з того чи іншого аттрактору, а в подальшому конус його тяжіння буде нівелювати зовнішні і внутрішні флуктуації інших змінних. При накопиченні великого числа флуктуацій екзальтованість системи до внутрішніх або зовнішніх впливів зростає настільки, що ті змінні, зміни яких не чинили істотного впливу на систему, починають його надавати. Подібні точки, які проходить система, або точки біфуркації, дають можливість використовувати механізм локального посилення малих флуктуацій, що може дозволити домагатися зміни поведінки і траєкторії розвитку системи в потрібну сторону. Термін «траєкторія» розвитку стану або захворювання широко використовується в сучасній зарубіжній літературі (Сидоров П.І., 2006; Goodman M. Etal. 2010 року; Silverman M. Etal. 2012). Організм людини є сукупністю динамічно змінюють один одного дисипативних систем, що визначають стан його здоров'я.

Сучасна концепція громадського здоров'я передбачає існування рівноправних складових: соматичного здоров'я, який формується в результаті біогенезу; психічного здоров'я, що виникає в процесі психогенезу; соціального здоров'я, що складається в процесі соціогенезу. Сума окремих випадків цих складових для конкретної популяції дає уявлення про рівні її соматичного, психічного, соціального функціонування, а об'єднання

отриманих результатів дозволяє здійснювати моніторинг рівня громадського здоров'я досліджуваного контингенту.

Соматичне, психічне і соціальне здоров'я індивідуума (і громадське здоров'я) неможливо уявити в ізольованому вигляді - без взаємовпливу і впливу на них зовнішніх факторів, які, в свою чергу, самі перетворюються в результаті різноманітного впливу на них з боку індивідуумів, що впливають на навколишнє середовище. В результаті цих взаємодій виникає складна, нелінійна, нестійка, незамкнута, що самоорганізується дисипативної типу, що здійснює енергетичний обмін і формулюється в своєму розвитку впливом різноспрямованих сил.

Синергетичний підхід можна уявити трьома основними площинами (векторами) біопсихосоціальної моделі онтогенезу: соматогенезу, психогенезу і соціогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез - розвиток психічних функцій; соціогенез - розвиток соціальних ролей і відносин.

Модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід до комплексних і складним причинно-наслідковим відносинам. Синергетична модель є багатовимірною і нелінійною, нестійкою, замкнутою.

Траєкторія розвитку захворювання задаються і коригуються в точках біфуркації, набуваючи спіралеподібного і багатоваріантність. На зміну лінійної нозоцентричної динаміці приходять нелінійна дискретність і фрактальність. Основи в площині онтогенезу проникають одна в одну, визначаючи перехідні зони та зону центральну, зміст якої є свідомість - інтегральна якість психічної діяльності. В динаміці онтогенезу амплітуда і ритміка основних складових знижуються, і до періоду їх згасання останнім актуальним полем залишається свідомість суб'єкта (Сидоров П.І., 2012).

Згідно синергетичної концепції розвиток розлади має нелінійну динаміку, траєкторія якої включає фрактали: предиспозиції (сімейний дезонтогенез); латентний (діатези); ініціальний (функціональні розлади); розгорнутої клінічної картини; хронізації (форми і типи перебігу);

результату. Фрактал - це проекція на широке природниче поле квантових уявлень. Фрактал - інтервал розвитку дисипативної системи зі своїми внутрішніми механізмами самоорганізації і саморозвитку, різноманітними траєкторіями руху в багатовимірному просторі. У клінічній медицині це одночасно розвиток і стан, що об'єднує тимчасові і якісні характеристики системи або організму. Синергетична методологія дозволяє системно і послідовно інтегрувати все різноманіття чинників і ресурсів ментальної екології в підтримці оптимального рівня ментального здоров'я.

Синергетична концепція психічних розладів з нової точки зору розкриває важливу роль поєднання і взаємодії трьох основних векторів: соціогенезу, психогенезу і біогенезу (соматогенезу) і дає вагоме обґрунтування мультидисциплінарного напрямки в психопрофілактиці, терапії і корекції психічних розладів. На підставі єдиної методології дана концепція дозволяє виділити пріоритетні напрямки превентивної діяльності професіоналів (лікарів, психологів, фахівців з соціальної роботи та ін.) При тісній співпраці з сім'єю в усіх фракталах розвитку психічних розладів.

1.2. Особливості формування психічних розладів з позиції біопсихосоціального підходу.

Подальший розвиток медицини вже немислимо без інтеграції знань, накопичених в біології, біохімії, фізіології, нейронауках і психології. Сьогодні в медицині відбувається поступова зміна і ускладнення понять норм і патології. Синергетика як міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізації є новим методологічним інструментом вивчення формування психічних розладів.

У походженні і протягом психічних розладів провідна роль належить впливу психотравмуючим чинникам. У своєму розвитку психічні розлади пройшли ряд етапів, на кожному з яких домінувала та чи інша теоретична концепція. Їх становлення відбувалося від створення однолінійної жорсткої моделі до існуючих в даний час багатofакторних моделей.

Серед них можна виділити психоаналітичні концепції, які спираються на теорію S. Freud (1924) (конверсійна модель приписує тілесним порушень функцію символічного вираження пригнічених інтрапсихічних конфліктів); характерологічно - орієнтовані, що ставлять своїм завданням пояснення природи виникнення психічних розладів через характерологічні, особистісні особливості (Dunbar F., 1954); психофізіологічні - засновані на систематичних психофізіологічних перевірках, що пояснюють специфічність хвороб (Luban-Plozza W., et al., 1985); особистісно-орієнтовані, пов'язані з розвитком особистості людини і в першу чергу, із захисними механізмами, зрілістю, регресією особистості, взаємодією особистості з внутрішніми факторами (Schur M., 1985); гомеостатичні - виходять і розвивається в останні роки гомеостатичного підходу в психології, що об'єднує теоретичні побудови self-психології, теорії психології розвитку, психології об'єктних відносин, фізіології, серед яких можна виділити теорії патології раннього розвитку (Ейдеміллер Е.Г. та ін., 2007) і теорії об'єктивних відносин, згідно з якими функціонування людської психіки можна зрозуміти з точки зору міжособистісних зв'язків - як їх розвитку, так і можливих порушень (Luban-Plozza W. Et al., 2000); фізіологічні - серед яких кортико-вісцеральна теорія К.М. Бикова і І.Т. Курцина (1961). Серед комплексних теорій можна відзначити клінічну гіпотезу механізмів формування психічних розладів А.Б. Смулевича (2011) і онтогенетичну концепцію структурного аттрактору В.А. Ананьєва (2006).

В даний час є більше прихильників системних моделей виникнення психічних розладів. Слід зазначити, що жодна з розроблених раніше теорій не дозволяє достовірно пояснити всі ланки в етіології і патогенезі психічних розладів. У зв'язку з цим є необхідність розробки нових концепцій.

Так, N. Ghaemi (2009) критично оцінив пропозицію G. L. Engel (1977) про «необхідність враховувати при вирішенні будь-якої медичної завдання всі три рівні біопсихосоціальної моделі», які «роблять приблизно однаковий внесок, незалежно від часу і ситуації» .N. Ghaemi, відкидаючи трьох

ядерні модель в такому формулюванні, не сприймає і ортодоксальні погляди біологічногоредукціонізму, пропонуючи шукати компроміси між цими двома крайніми точками.

G. Bolton (2013), відзначає, що причинно-наслідкові зв'язки етіопатогенезу і відповідно втручання можуть зачіпати всі три рівня моделі, але це не означає, що всі вони повинні бути залучені і рівноцінні за вкладом в перебіг захворювання.

Новим методологічним інструментом вивчення психічних розладів є синергетика - міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізації. Синергетична методологія істотно зменшує діагностичну і прогностичну невизначеність, розширює багатоваріантність підходів і оцінок, враховуючи і акумулюючи напрацьоване концептуальне мультидисциплінарне різноманітність. Організм людини є сукупністю динамічно змінюють один одного дисипативних систем, що визначають стан його здоров'я.

Синергетична біопсихосоціальна методологія дозволяє максимально широко і гнучко підходити до пошуку механізмів розвитку психічних розладів і оцінці полімодальної структури стресу, що лежить в основі або виконує патопластичну роль при будь-якої патології.

Синергетичний модель формування психічних розладів можна представити таким чином (Схема1).

Динаміка психічних розладів включає наступні фрактали: предиспозиції - психогенної сім'ї, латентний - психогенного діатезу, ініціальний - функціонального розлади, розгорнутої клінічної картини - психічного розладу, хронізації - форми і типи перебігу психічних розладів, результату - психоневрологічних ускладнень.

Фрактал психогенної сім'ї є початковим при формуванні психічних розладів, так як основна частина з моменту народження у людини відбувається в родині, і порушення сімейних взаємин, розподілу ролей можуть сприяти формуванню даної патології.

На користь концепції психогенної сім'ї висловлювалися Е. Г. Ейдемільер і співавт. (2009). Вони як джерело психічної травматизації особистості, що приводить до психічних розладів, бачать порушення основних сфер життєдіяльності сім'ї, де росте і розвивається дитина.

Класифікації механізмів розвитку психогенних сімей включає: «зв'язування» - сім'я з жорсткими стереотипами комунікації; діти в такій сім'ї стають інфантильними, відстають в емоційному розвитку. Формула спілкування в такій родині: "Роби, як я тобі сказав"; «Відмова (відкидання)» - дитина як би відмовляється від себе, від своєї особистості; «Делегування» - у батьків втрачено реалістичне сприйняття досягнень своїх дітей; вони сприймають своїх дітей як продовження себе, покладають на них надії на здійснення своїх нездійснених планів (Ейдемільер Е.Г. та ін., 2007).

Виділяють п'ять характеристик психогенних сімей:

- Гіпервключення батьків в життєві проблеми дитини, яка заважає розвитку самостійності, отже, захисні механізми слабші і сприяють розвитку внутрішнього конфлікту;
- надчутливість кожного члена сім'ї до дистресу іншого;
- низька здатність змінювати правила взаємодії при міняю-трудоючих обставин, при якій взаємини в сім'ї ригідні;
- тенденція уникати вираження незгоди і відкритого обговорення конфліктів, ризик виникнення внутрішніх конфліктів;
- дитина і його захворювання часто грають роль стабілізатора в прихованому подружньому конфлікті (Сидоров П. І., Новикова І. А., 2014; Ейдемільер Е.Г. та ін., 2007).

Характерно для психогенної сім'ї не заохочення вільного вираження почуттів і вільного реагування негативних емоцій, внаслідок чого дитина привласнює стереотипи придушення негативних емоцій. Придушення негативних емоцій може бути пов'язано з тим, що в сім'ї не прийнято відкрито реагувати на біль. У стереотип терпіння, ставлення до хвороби як до стану, в якому людина сама винна.

При цьому в досвіді психогенної сім'ї можуть бути деякі патогенні особливості: нездатність, неготовність, ненавчених батьків (насамперед матері) до раннього виявлення тілесних станів дитини і визначенню їх (непостережливість і неуважна мати або просто не має часу); нездатність сім'ї як цілісного організму до вербального або іншого конструктивного вирішення конфлікту і включення дитини в сімейний конфлікт. Тілесний симптом дитини часто і народжується в ситуації сімейного конфлікту як невдалий спосіб його дозволу. Все це виступає як стиль сімейної адаптації до труднощів і проблем, як стереотип, фактор уникнення НЕ-удач або відходу від відповідальності. Використання симптому для через потягу вигоди починає активно включатися в життя дитини як реакція на будь-які труднощі.

Таким психогенним сім'ям властива бідність психологічної мови і схильність заперечувати наявність психологічних проблем. Батьки можуть не заохочувати або забороняти вираз ряду психологічно обумовлених емоцій, вважаючи це неприйнятним. Так дитина привчається до того, що увага, любов і підтримку батьків можна отримати, лише використовуючи «поведінка хворого». Роль хворого виявляється привабливою, в тому числі завдяки звільненню від звичайних обов'язків без покладання провини за це. Хвороба дитини може приносити вторинну вигоду і батькам: видозмінювати взаємини між ними, ведучи в сторону від конфлікту, котрий вони не бажають визнавати, і тим самим стабілізуючи ситуацію в родині. При цьому провідна роль на ранніх етапах розвитку належить матері, котра формує у дитини мову тіла.

До якостей матерів, які особливо значущі для формування психічної патології, можна віднести: високу особистісну тривожність матері; внутрішню конфліктність матері, тобто дисгармонічний склад особистості (невротична мати); тенденцію до придушення, стримування негативних почуттів, переважання почуття провини в психіці матері, суперечливе емоційне ставлення до близьких в сім'ї; сильне емоційне реагування на

проблемні ситуації з дезорганізацією діяльності (стресова нестійкість), а також нездатність до конструктивного розв'язання конфліктів, що призводить до хронічного перебігу; дезорганізацію власної активності при хворобі дитини за рахунок високої тривожності, страхів, нездатність прийняти радикальне рішення; власний тілесний досвід матері негативно забарвлений, спостерігаються феномени відкидання свого тіла або його частин, пов'язані з раннім досвідом прабатьківської сім'ї; порушені взаємодії матері з дитиною на ранньому етапі його розвитку.

Можливі два типи ставлення матері до дитини: приховане, неусвідомлене відкидання - при цьому дитина використовує мову тіла для залучення уваги матері (мати як би стимулює у дитини більш масивне використання цієї мови); симбіоз - мати як би консервує тілесний контакт, гальмуючи становлення пізніших форм взаємодії. Таким чином, психогенний тип сім'ї є першим фракталом у формуванні психічних розладів.

Наступним є фрактал психогенного діатезу. Психогенний діатез - це порушення психічної адаптації організму до зовнішнього середовища або стан, який може трансформуватися спочатку в функціональні психічні розлади, а потім і в психічний розлад під впливом екзогенних (стрес) і ендогенних факторів (генетично обумовлених аномалій і т.п.). Він являє собою один з варіантів специфічного діатезу або схильності в загальній групі недиференційованих до психічних діатезу.

«Психічний діатез» - це сукупність ознак, що характеризує нахил до психічної патології. Діатезом (грец, diathesis) називають конституційне нахил організму до тих чи інших хвороб внаслідок вроджених особливостей обміну, фізіологічних реакцій і т.п.

Діатез – це особливий стан організму, коли обмін речовин і пов'язані з ним функції організму тривалий час знаходяться в нестійкій рівновазі внаслідок успадкованих, вроджених або придбаних властивостей, які повертають до неадекватних відповідей на звичайні дії, до розвитку патологічних реакцій на зовнішні шкідливості і визначають більш важкий

перебіг наявних захворювань. У патогенезі хвороби екзогенні фактори зовнішнього середовища втрачають своє значення, трансформуючись у внутрішні, діючи за стереотипом загально біологічних закономірностей.

С.Ю. Циркін (2009) розглядає психічний діатез як загальну конституціональну схильність до психічних розладів, в якій є маркери (ознаки) цього нахилу (клінічні і біологічні), в більшості випадків ще маловивчені. До числа клінічних ознак відноситься широкий спектр функціональних психічних порушень - особистісні аномалії, підвищена вразливість щодо виникнення реактивних станів та наявність ендогенної їх динаміки, без формування дефекту. Для психічного діатезу в цілому не характерні, на думку автора, специфічні ознаки схильності до визначеного психічного розладу.

У людини, що має психічний діатез, при подальшій психічній травматизації розвиваються функціональні психічні розлади - це порушення, які носять функціональний характер і проявляються соматоформними розладами. Час від дії стресора до появи симптомів розладу - від декількох днів до декількох тижнів.

Соматоформні розлади - це функціональні порушення, що супроводжуються конверсійними і псевдо неврологічними симптомами (МКБ-10). Характерні повторювані, множинні і клінічно значущі скарги. Спостерігається наявність скарг як мінімум в чотирьох точках або функціях. Від впливу стресора до появи симптомів проходить від декількох днів до 2-3 міс. Даний стан є ініціальним для розвитку психічного розладу. Загальним для цієї групи порушень є поява на тлі психосоціального стресу скарг (у багатьох випадках виявляються неспецифічні і функціональні порушення).

До соматоформних станів можуть бути віднесені наступні порушення: соматизований розлад, недиференційоване соматоформні розлад, іпохондричний розлад, соматоформна вегетативна дисфункція, хронічний соматоформні больове розлад, інші соматоформні розлади, соматоформні розлади не уточнені. Патогенетичні механізми формування

соматоформних станів пов'язані з конверсією, трансформацією актуального невротичного конфлікту в функціональні соматичні симптоми при відсутності органічної основи для них.

Невідредаговані емоційні прояви мають виразну схильність до переходу патології з розряду психологічного через вегетативну нервову систему в дисфункцію того чи іншого органу або системи.

Феномен після стресової психічної незахищеності із затриманими емоціями призводить до того, що у особистості відбувається значне зниження порога реагування на стрес. Безпосереднім наслідком зниження порога стресогенності є розширення репертуару психічного реагування з формуванням психічних циклів. Якщо стресовий фактор як і раніше актуальний, то це може привести до розвитку клінічної картини вперше виниклого психічного розладу. Це група розладів, що виникають на основі взаємодії психічних факторів що проявляються психічними розладами, та відображають реакцію на вплив психогенних факторів (Александр Ф., 2009).

При формуванні психічного розладу вибір його форми залежить від спадкової схильності, дії стресового чинника, а також від інших специфічних і факторів. Кожен з факторів окремо може сприяти розвитку розлади.

Наступним фракталом є різні форми і типи перебігу психічних розладів, що відображають різноманітні особливості розвитку процесу. Особливості перебігу і форма психічного розладу залежать від впливу біопсихосоціальних факторів. Перебіг розлади може бути стабільним, з рідкісним загостренням або лабільним, що призводить до швидкого розвитку ускладнень.

Наступний фрактал - ускладнення психічних розладів. До них відносять психічні розлади невротичного і психотичного рівнів, які є наслідком впливу на психіку. Психоневрологічні ускладнення є результатом тривало поточного з лабільним перебігом розладу.

При цьому синергетична концепція враховуються всі три умови, необхідні для «запуску» розлади (Александр Ф., 2009): психологічна

конфігурація; «X» фактор - вразливість, наявність якого залежить від спадкової схильності; пусковий механізм - ситуація - прискорювач. А синергетичним підходом можна пояснити етіопатогенез психічних розладів, а також виникнення розладів, як у дорослих, так і у дітей.

Таким чином, синергетична біопсихосоціальна концепція враховує всі зовнішні і внутрішні чинники у виникненні психічних розладів. Психотерапевтичний підхід, який базується на ній, представляє можливість сприятливого впливу на перебіг психічних розладів, так як спрямований на етіологію та патогенетичні механізми їх виникнення, відкриваючи нові можливості і перспективи допомоги хворим з психічною патологією. Біопсихосоціальна синергетична модель формування психічних розладів вимагає впровадження мультидисциплінарних бригадних форм організації профілактики та корекції.

ГЛАВА 2.

МЕДИКОПСИХОСОЦІАЛЬНА ДОПОМОГИ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ.

2.1. Програма медикопсихосоціальної допомоги при психічних розладах.

Численні визнання багатофакторності і полімодальності психічних розладів поки не дозволяють побудувати прийнятні блочно-модульні моделі етіопатогенезу, виділити механізми патокінезу і патопластичності, інструментарій оцінки і прогнозу траєкторії клінічного та епідемічного розвитку. Саме тому завданням є концептуально-методологічне обґрунтування синергетичної біопсихосоціальної концепції психічних розладів, виділення механізмів розвитку і дизайну мультидисциплінарних програм лікувально-профілактичної допомоги.

Синергетична біопсихосоціально-методологія дозволяє системно враховувати всі внутрішні і зовнішні фактори патопластики і патокінетики психічних розладів, комплексно в блочно-модульному режимі вибудовуючи індивідуальні превентивно-корекційні і лікувально-реабілітаційні маршрути в рамках мультидисциплінарної програми.

Превентивно-корекційні маршрути реалізуються в перших трьох до нозологічних фракталах, а лікувально-реабілітаційні - в трьох наступних нозологічних, складаючи єдиний мультидисциплінарний протокол, який реалізується бригадою в складі лікаря інтерніста, психіатра, психотерапевта, клінічного психолога, фахівців із соціальної роботи та біоетики.

Медичний блок в рамках соматогенезу включає надання допомоги фахівцями загальної практики, лікарями-терапевтами.

Психологічний блок допомоги в рамках психогенезу передбачає участь фахівців, що займаються психічним здоров'ям: психотерапевтів, клінічних психологів, психіатрів.

Соціальна допомога надається в векторі соціогенезу за участю фахівців соціальних служб (фахівців із соціальної роботи, соціальних працівників).

Духовно-моральний блок в векторі анімогенезу реалізується за участю експертів і консультантів з біоетики, клінічних психологів та фахівців із соціальної роботи, лікарів загальної практики, які знають особливості морального клімату сім'ї пацієнта. Використовуються освітні та психотерапевтичні, тренінгові методики, які зупиняють синдром деморалізації і деструктивний професіогенез. Заохочується участь пацієнтів у різних програмах громадських організацій, що закріплюють адаптивні стратегії в етиці ділового спілкування. Ці ж завдання виконує залучення пацієнтів до волонтерських і соціальних рухів.

Первинні профілактичні заходи повинні проводитися ще у фракталіпредиспозиції, де вони можуть бути спрямовані на виявлення спадкової, психофізіологічної схильності і етико-психологічну гармонізацію сімейних відносин.

У латентному фракталі заходи спрямовані на виявлення осіб, схильних до розвитку психічних розладів (зі слабкою і неврівноваженою нервовою системою, високим рівнем тривожності, психастеничної, астеноневротичної та істеричної акцентуації характеру), на корекцію моральної соціалізації особистості, преморбіднихособливостей.

У ініціальному фракталі передбачаються медикаментозні і не медикаментозні впливи, що перешкоджають розвитку психічних розладів.

У фракталі розгорнутої клінічної картини психічних розладів потрібно рання кваліфікована медична та психологічна, соціальна і духовно-моральна допомога.

Своєчасне виявлення і адекватна діагностика психічних розладів має вирішальне значення для успішної терапії і сприятливого прогнозу розлади задовго до фракталів хронізації і результату.

У зв'язку з цим представляється доцільною подальша інтеграція системи психотерапевтичної допомоги в загальносоматичні лікувально-профілактичні структури, відкриття психосоматичних відділень в

багатопрофільних лікарнях, організаційне оформлення мультидисциплінарної служби ментального здоров'я.

Медичний блок програми. Фармакотерапія психічних розладів передбачає використання широкого спектру психотропних засобів - антидепресантів і анксиолітиків, натрапив і нейролептиків. Однак застосування психотропних засобів має свої особливості. При призначенні психотропних засобів доцільно обмежуватися монотерапією з використанням зручних у вживанні лікарських препаратів. З урахуванням можливості підвищеної чутливості, а також можливості побічних ефектів психотропні засоби призначаються в малих (в порівнянні з використовуваними в «великій» психіатрії) дозах. До вимог терапії відносяться також мінімальний вплив на соматичні функції, вага тіла, мінімальна поведінкова токсичність і тератогенний ефект препаратів, можливість їх застосування в період лактації, низька ймовірність їх взаємодії з соматотропними препаратами. Лікування повинно будуватися строго індивідуально і якоїсь єдиної добре відпрацьованої стратегії не існує. Необхідно з обережністю призначати психотропні засоби. В даний час найбільш переконливо продемонстровано ефект антидепресантів та антипсихотиків в терапії психічних розладів. У групі антиконвульсантів показана ефективність лікування тільки розладів больових синдромів.

Психологічний блок програми. Терапія психічних розладів включає в себе широке коло лікувальних і профілактичних заходів, що вимагають участі не тільки лікаря загальносоматичної практики, але також психіатра і психотерапевта. Практичне значення має той факт, що відповідні психічні розлади можуть не усвідомлюватися самим хворим або диссимулюватися ним. Хворі зазвичай противляться спробам обговорення можливості психологічної зумовленості симптомів, навіть при наявності виразних депресивних і тривожних проявів. Внаслідок цього базисним напрямком у лікуванні хворих в даний час є психотерапія. Використовується практично весь спектр сучасних форм і методів психотерапії. Широко застосовується

раціональна терапія, аутогенне тренування, гіпнотерапія, аналітична, поведінкова, позитивна, клієнт-центрована терапія та ін. Незважаючи на пріоритетність психотерапевтичної корекції, превалювання в клінічній картині соматовегетативних компонентів не дає можливості обійтися без медикаментозної терапії.

Соціальний блок програми. Соціотерапія хворих психічних розладів включає заходи, спрямовані як на роз'яснення природи захворювання і відповідно припинення необґрунтованих соматичних обстежень і травмуючих процедур, так і на організацію лікування та трудову реабілітацію.

При розладах поліморфного типу соціалізація хворих передбачає нетривалі терміни перебування в стаціонарі (2 - 3 тижні), щоб уникнути появи або посилення ознак іпохондричного розвитку і госпіталізму. Необхідності в полегшенні умов праці - за умови реалізації комплексу заходів по створенню спокійної, щадить обстановки в сім'ї і на виробництві - не виникає.

Заходи соціальної реабілітації хворих з психічних розладів ізоморфного типу включають тривале (з урахуванням резистентності до терапії не менше 1,5-2 місяців) лікування в стаціонарі, а також створення полегшених умов на виробництві, які передбачають скорочення робочого дня і звільнення від пов'язаних з певною фізичним навантаженням видів праці.

Медичне обслуговування пацієнтів з психічними розладами вимагає певної кваліфікації персоналу та забезпечення лабораторно-інструментальним обладнанням, доцільно здійснювати в рамках спеціалізованих установ на базі загально соматичної мережі. З урахуванням прикордонного рівня психічних розладів, високої трудової і соціальної адаптації необхідності спостереження осіб цього контингенту хворих в психоневрологічних диспансерах не виникає (П. І. Сидоров, І. А.Новікова, 2014; А. Б. Смулевич, 2011).

Духовно-моральний блок програми. Скринінг і корекція морального клімату неврозогенної сім'ї здійснюються в ході сімейної психо- і соціотерапії, що реалізують завдання етико-психологічної гармонізації міжособистісних відносин і духовно-морального розвитку сім'ї.

Корекція формування і розвитку основних моральних почуттів і морального обличчя проводиться за всіма етичним модальностям особистості, з яких може розвиватися синдром деморалізації і деструктивний професіогенез. Тому в рамках стратегій раннього втручання і медіації консультантами етичного комітету і служби ментального здоров'я здійснюється супровід адаптивного професіогенезу і проводиться тренінг етики ділового спілкування для профілактики мобінга і деетізації і дегуманізації професійної свідомості (П. І. Сидоров, 2014 року).

Реконструкція моральної позиції і поведінки в рамках сформованого синдрому деморалізації вимагає проведення коучінгу, терапії творчим самовираженням і саногенетичної терапії, етичного тренінгу і поведінкової етичної психотерапії, духовних і релігійних практик.

Духовно-моральна реабілітація доповнює соціально-психологічну, реалізуючи завдання корекції песимістично-катастрофічних установок і формування оптимістично-ресурсної життєвої позиції, що підсилює ментальний мезальянс (П. І. Сидоров, 2014 року).

Таким чином, пацієнти з психічними розладами є досить складним контингентом хворих, яким необхідне проведення повномасштабної програми медикопсихосоціодуховної допомоги.

Саме тому, на максимальному рівні узагальнення, місія ментальної медицини полягає в адаптивному інжинірингу та менеджменті свідомості і здоров'я. Вона дозволяє проектувати і реконструювати в блочно-модульному режимі ментальний імунітет як матрицю ідентичності та основу безпеки.

2.2. Психофармакотерапія психічних розладів

Психофармакологічні препарати створює сприятливий фон для проведення психотерапії. Знижують рівень тривоги і сприяють трансформації психологічної захисної редуції сформувалися на базі тривоги психопатологічних синдромів, ослаблення емоційно обумовлених спотворень сприйняття оцінки оточення і власних реакцій, покращуючи, таким чином, інтеграцію поведінки і соціальне взаємодія пацієнта, і, крім того, робить взаємодію лікаря і хворого більш продуктивним.

Фармакотерапія психічних розладів передбачає використання широкого спектру психотропних засобів, в першу чергу анксиолітиків, а також антидепресантів, натрапив і нейролептиків (Singh A.N., 2006).

Основна ціль психофармакотерапії - редуція психопатологічних розладів, зниження ризику соматичного стану хворого, відновлення соціального функціонування пацієнтів. Різнобічний спектр психотропної активності і ефективність антидепресантів і анксиолітиків знаходить все більш широке застосування не тільки в психіатрії (Гарганеева Н.П. та ін., 2010).

Фармакотерапія психічних розладів повинна вирішувати такі завдання:
- усунення емоційних розладів, типових для невротичних розладів (емоційної лабільності, «дратівливої слабкості», тривожності, занепокоєння, напруженості та ін.); - лікування астеничних проявів, подолання фізичного і розумового виснаження; - регуляцію вегетативних розладів; лікування нав'язливих станів і фобій; корекцію особливостей особистості; усунення негативних чинників; - виявлення і усунення соматичних розладів.

Застосування психотропних засобів при психічних розладах пов'язане з певними складнощами. Вони обумовлені властивостями психофармакологічних препаратів і особливостями їх взаємодії соматичних стану пацієнта, а також зміненої в зв'язку з порушеннями функцій внутрішніх органів толерантністю до фармакологічних засобів (Смулевич А.Б., 2011).

При призначенні психотропних препаратів в основному обмежуються мототерапією з використанням зручних в використанні лікарських препаратів (простота схеми лікування і дозування). З огляду на можливість підвищеної чутливості, а також побічних ефектів, психотропні засоби призначаються в малих дозах.

З метою мінімізації явищ «поведінкової токсичності», що виявляється млявістю, сонливістю, гальмуванням когнітивних і рухових функцій, може проводитися зміна препаратів (заміна нейролептиків на транквілізатори, використання різних груп антидепресантів). Вибір психофармакологічних засобів залежить від виразності психопатологічних проявів. При слабо виразних невротичних, афективних розладах у рамках психічних розладів зазвичай буває досить мототерапії транквілізаторами. При виражених психопатологічних формах вибір психотропної речовини залежить від структури клінічного синдрому.

При психічних розладах найбільш часто використовують транквілізатори, що володіють анксиолітичну дію. Поширені похідні бензодіазепіну, які, зв'язуючись із специфічними бензодіазепіновими рецепторами. При терапії постійної тривоги (генералізованої або фіксованої) переважно застосовують 3-гідрокси- та 2 кетобензодіазепам (лорапазем, феназепам, діазепам). В даний час в психіатрії основне місце серед транквілізаторів належить анксиолітикамне бензодіазепінового ряду, таким, як афобазол, тенотен, стрезам. Це пов'язано з тим, що препарати мають сприятливий профіль переносимості і високим рівнем безпеки (Мінаков Е.В., Кудашова Е.А ., 2009).

Серед антидепресантів особливого значення набувають сучасні препарати, що поєднують м'який тимолептичний ефект з доброю переносимістю: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (прозак, золофт, паксіл, ципрамил), селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (людіоміл), оборотні інгібітори моноаміноксидази А (піразидол, аурорікс), а 2-адреноблокатори (лерівон), атипіві

серотонінергічні трициклічні антидепресанти (коаксил). Дані численних досліджень вказують на ефективність цих препаратів при психічних розладах. Серед ноотропних препаратів широко використовуються ноотропил (пірацетам), пікамілон, церебролізін, енцефабол і ін. З нейролептичних засобів найбільш часто застосовують еглоніл, етаперазин, терален, сонапакс (Смулевіч А.Б., 2011 року; Mukhaylov BV, 2007).

Застосування психофармакологічних засобів не слід розглядати як чисто біологічну терапію, оскільки у міру зниження рівня тривоги і трансформації механізмів інтрапсихичної адаптації. На основі зворотного зв'язку відбувається адаптивна реорганізація мікросоціального взаємодії, що супроводжується збільшенням реалістичності сприйняття і оцінки ситуації і власної особистості, здатності до свідомого самоконтролю, встановленням адекватного співвідношення фрустраційної напруженості і інтеграції поведінки.

В допомоги хворим з психічними розладами також застосовують седативні і активують засоби рослинного походження і вітамінні комплекси, які мають заспокійливу, тонізуючу і адаптується дію.

Комплекси біологічно активних речовин, китайського лимоника, заманихи, аралії мають загально тонізуючу властивість. Препарати женьшеню, елеутерококу, деяких інших рослин поєднують загально тонізуючий ефект з адаптаційними властивостями. Як загально тонізуючих засобів і адаптогенів використовують витяжки з лікарської сировини.

Адаптогенні препарати з рослин мають незначний психостимулюючий дію. Відзначаються стимуляція імунітету і поліпшення переносимості несприятливих факторів зовнішнього середовища (висока і низька температура, інтоксикація, опромінення і т.д.).

Таким чином, психофармакотерапія може використовуватися при психічних розладах у хворих в загально соматичної мережі, але при цьому необхідно враховувати соматичне стан пацієнтів, наявність

невротичних порушень, взаємодія з соматотропними засобами. Доцільно також поєднання психофармакотерапії з психотерапією.

Принципи лікування хворих, що мають коморбідну соматичну і психічну патологію, полягають в поєднанні медикаментозної психотропної терапії до класичної схеми лікування пацієнтів. Критеріями психофармакотерапії є її активність, відсутність побічних ефектів, мінімальний ризик небажаних взаємодій з соматотропними препаратами.

При психічних розладах поряд з медикаментозним і психотерапевтичним лікуванням використовуються фізичні та курортні фактори, спрямовані на усунення нейровегетативних і нейросоматичних дисфункцій. Методи і кошти не медикаментозного лікування різноманітні. Основне місце займають фізичні фактори - як природні (клімат, повітря, сонце, вода), так і штучні. Використовуються різні методи фізіотерапії:

- електролікування (гальванотерапія, електросон, електропунктура аеро-іоно-терапія), гідротерапія (циркулярний і висхідний душ, душ Шарко, шотландський душ, підводний душ-масаж;

- місцевий контрастні, кисневі і скипидарні ванни), метод гіпербаричної оксигенації, фітотерапії, вібромасаж і релаксація, голкорексотерапія, рухові методики, масаж.

При психічних розладах проградієнтним перебігом із наростанням органічного дефекту і в зв'язку зі зниженням адаптивних можливостей окремих ланок функціональної системи відбувається звуження «адаптаційного коридору і розвивається сенсibiliзація системи, що робить досягнення стійкої ремісії мало ймовірним. У ряді випадків формується стійка терапевтична резистентність у відповідь на застосування психотропної терапії, і «блокуються» так звані рецепторні органи і мішені. В цьому випадку можуть бути використані не медикаментозні методи лікування, серед яких можна відзначити метод еферентної терапії або екстракорпоральної гемокорекції.

При резистентних психічних розладах використовують психотерапевтичну корекцію, лікарську терапію і сеанси гіпобаричної оксигенації. Баротерапії відводиться основна роль в подоланні резистентності, так як гіпобаротерапія здатна стимулювати захисні і пристосувальні механізми організму. На тлі гіпобаротерапії підвищується ефективність транквілізаторів бензодіазепінового ряду, деяких нейролептиків (еглоніл), психотерапії, а також специфічних лікарських препаратів, що призначаються лікарями-інтерністами. При резистентних невротичних розладах формування стійкої ремісії спостерігається при такій поєднаній терапії пацієнтів. У хворих відбувається значне зниження ступеня тяжкості психічного розлади, що проявляється в зменшенні частоти і інтенсивності нападів і ускладнень, зниження дози медикаментів, перехід від сильнодіючих засобів до більш шадним препаратів (Буйки В. А., 2003).

2.3. Психотерапія психічних розладів.

Особлива роль психотерапії в допомоги хворим з психічними розладами підкреслюється в багатьох роботах (Allen L.A., Woolfolk R.L, 2010 року; Абабков В.А., Карвасарский Б.Д., 2012).

Психотерапія в психіатрії вирішує багато терапевтичних завдання і може бути використана у хворих з органічними і більш легкими функціональними порушеннями, психічними і в вузькому сенсі слова - психогенними формами хвороб для пацієнтів різного віку і рівнів освіти. Емоційний стрес і пов'язані з ним психічні розлади представляють собою сферу, в якій психотерапія може бути основним або навіть єдиним методом лікувальної дії. При лікуванні хворих з психічними розладами широко застосовуються різні методи психотерапії: психоаналітична психотерапія, гіпнотерапія, аутогенне тренування, навіювання та самонавіювання, поведінкова терапія, особистісно-орієнтована, групова, когнітивна, підтримуюча, тілесно-орієнтована, танцювальна психотерапія (Абабков В.А . Карвасарский Б.Д., 2012; Holdevici I., Craciun B., 2012).

Психотерапія при психічної патології повинна бути направлена на:

- усунення симптомів, розладів поведінки, неадекватних особистісних реакцій; відновлення тих елементів системи відносин пацієнта, котрі визначили виникнення захворювання і розвиток невротичних «нашарувань»;
- зменшення клінічних проявів; - підвищення соціального функціонування хворого, реадaptaцію в сім'ї та суспільстві; - підвищення ефективності лікувальних впливів біологічного характеру (Карвасарский Б.Д., 2008).

Основним завданням психотерапії психічних розладів є «переробка» неадекватно сформованих патологічних умовних рефлексів на соціальні ситуації, образу, страх, агресію і виробленням свідомої здатності організму шляхом навчання (поведінкового тренінгу) адекватно реагувати на вищезазначені ситуації. Для хворих на психічні розлади обґрунтовано застосування як симптоматичної, так і патогенетичної психотерапії, орієнтованої на особистісні особливості, що вимагають нормалізації і системи відносин, неадекватно сформованої в процесі життя.

Навчання саногеним методам поведінки, є одним з методів психопрофілактики, що створює патофізіологічний фон для формування психічних розладів.

Психодинамічна психотерапія направлена переважно на пізнавання коригуючий емоційний досвід і здійснюється в рамках актуалізації та оцінки, справжніх і закладених в минулому житті конфліктів і фіксацій. Дана психодинамічна терапія стає цілеспрямованою в тому випадку, якщо джерело неадекватного емоційного реагування далеко відставлений в часі (наприклад, знаходиться в ранньому дитинстві) або не усвідомлюється хворим під впливом психологічної зашити в силу несумісності з Я-концепцією. Виведення емоціональних проблем в сферу свідомості уможлиблює їх адекватне дозвіл, що може сприяти і усунення соматичних симптомів, які розвинулися на основі емоційного стресу.

Короткострокова динамічна психотерапія застосовується найбільш часто. Це методика, в основному підтримує, сфокусована на визначенні

стратегії, спрямованої на вирішення реальних проблем і забезпечення соціальної підтримки. У більшості випадків, в зв'язку з якими звертаються до консультанта, ніякої психотерапії не проводиться; після того, як психотерапевт дає рекомендації, вони обговорюються усіма лікарями, які беруть участь в лікуванні даного хворого. У деяких хворих настає поліпшення в результаті поведінкової терапії та гіпнозу.

Застосування довготривалої психоаналітики орієнтованої психотерапії забезпечує зв'язок з психотерапевтом, з яким хворий може обговорювати емоційні реакції на хворобу. Треба досліджувати захисні механізми, наприклад заперечення, яке може бути корисним механізмом, але якщо воно надмірно, хворий може забути прийти на наступну зустріч або прийняти потрібні ліки.

Деякі автори відзначають, що у хворих на психічні розлади мало прийнятна класична психодинамічна психотерапія, так як у пацієнтів не розвивається типовий невротичний перенесення. Проте, залишається чимало прихильників цього напрямку, які і зараз з успіхом застосовують психодинамічну психотерапію при психічних розладах (Beutel M.E. et al., 2003).

Ефективно може бути використана поведінкова психотерапія у хворих з психічними розладами (Карвасарский Б.Д., 2008). Вона ґрунтується на тому положенні, що різні симптоми і невротичні форми поведінки є результатом неадекватного навчання і можуть бути усунені шляхом «перенавчання». Типовим прикладом поведінкової психотерапії може служити систематична десенсибілізація, при якій терапевтичний ефект досягається низкою послідовних процедур. Кожна з них включає поступове наближення до духів страх ситуацій та подальшу релаксацію. Релаксацію починають в ситуаціях, що викликають легку тривогу, і поступово рухаються в напрямку стимулів, обумовлюючих виражений страх. За допомогою поведінкової психотерапії в процесі навчання у хворого виробляються нові установки і форми поведінки.

Патогенетичне значення може мати освіту стійкого зв'язку між розумовими стереотипами, емоціями і соматичними функціями. Цей патогенетичний ланцюг «необґрунтованесудження - емоція - соматичний симптом» можна розірвати за допомогою когнітивної терапії. Лікування виходить з уявлень, що в основі не адаптивних форм поведінки лежать помилкові когнітивні схеми, які стійко зберігаються. Воно особливо показано хворим, здатним до інтроспекції і самоаналізу. При цьому досягаються ідентифікація хворим своїх суджень, розпізнавання їх необґрунтованості, заміна неадекватних суджень реалістичними і перевірка правильності цієї заміни. Корекції неадекватних когнітивних конструкцій можна досягти в результаті введення в них нових елементів, що дозволяє впливати на ієрархію потреб і поведінкові стереотипи (орієнтує психотерапія) і, відповідно, справляється з емоційними проблемами.

Хворі з психічними розладами з хронічним болем, обумовленої фізичними змінами, відчувають себе краще під впливом поведінкової терапії, менше користуються анальгетиками, стають більш рухливими і роблять більше спроб підтримувати той рівень життя, який вони вели раніше. З метою вирішення психічних проблем у пацієнтів психічними розладами можуть ефективно застосовуватися когнітивно-поведінкова і когнітивна психотерапії. Придатної виявляється модифікована модель гуманістичної психотерапії з акцентом на емоційну підтримку, емпатію.

При психічних розладах затребуваними є сугестивна методика (Карвасарский Б.Д., 2008). Як ефективний метод психотерапії може бути використаний гіпноз. Для зняття функціонально фіксованих психічних моно симптомів, досягнення загальної релаксації з успіхом використовують гіпнотерапію, особливо не директивний гіпноз по М. Еріксоном.

Різні антистресові методики релаксації і зняття напруги широко застосовуються. Однією з них, є методика аутогенного тренування. Загальна релаксація - ефективне анксиолітичний засіб, так як тривожний синдром завжди містить м'язову гіпертензію. Крім того, на тлі релаксації і зниження

рівня неспання в процесі психогенного тренування полегшується навчання пацієнтів управління деякими вегетативними функціями. Хороші результати дає використання біологічного зворотного зв'язку, тобто візуалізація за допомогою технічних засобів - ефектів управління фізіологічними функціями. Хворі отримують можливість контролювати їх зміни. Залежно від характеру зворотного зв'язку цей контроль розповсюджується на частоту і ритм серцевих скорочень, рівень артеріального тиску, тонус гладкої мускулатури, шлункову секрецію. Може бути ефективною сімейна психотерапія, в завдання якої входить сприяння зіткненню хворого з різними сторонами свого емоціонального досвіду, усвідомлення його ролі в родині, підвищення віри в свої справжні можливості.

Групова психокорекція набула широкого поширення останнім часом в різних областях загальної медичної практики. Лікування емоційних порушень міжособистісних відносин проводиться за допомогою обговорення або моделювання відповідних ситуацій в малих групах хворих; такий засіб корекції емоційно обумовлених порушень може бути досить ефективним. Це пов'язано і з тим, що в процесі групової взаємодії відпрацьовуються соціально прийнятні форми реагування емоційної напруги. Найбільш ефективним і обґрунтованим можна вважати застосування групових форм психокорекції та психотерапії для однорідних в медичному відношенні контингентів пацієнтів.

Завданнями групової психотерапії є:

- пом'якшення загальної невротичності, зняття астенізації;
- урівноваження нестійкості настрою, боротьба з депресією, іпохондрічністю;
- зменшення підвищеного апетиту і спраги;
- диференційована «переробка» харчового рефлексу з гальмуванням тяги до неприпустимої їжі;
- виховання ретельного дотримання лікувального і особливо дієтичного режиму;
- виховання раціонального реагування на психотравмуючі обставини (особливо хронічні з переживанням почуття безповоротної втрати).

Цінність групових методів визначається, з одного боку, включенням додаткових лікувальних факторів соціально-психологічної природи, таких як групова згуртованість, розвиток позитивних міжособистісних відносин, почуття спільності, що імітує поведінку і т.п. З іншого боку, об'єднання пацієнтів в психотерапевтичні групи по основному захворюванню сприяє охопленню досить великого числа хворих і, як наслідок, економічності і можливості технології процесу лікування. Проведення групових психотерапевтичних занять дає можливість хворим усвідомлювати внутрішні психологічні проблеми і дозволяє намітити шляхи подолання психологічної залежності від хвороби. У пацієнтів відзначається зниження внутрішньої напруги, зменшення тривожності, зниження потреби в допомозі та підтримці ззовні, зникнення ригідних установок, розширення способів подолання стресу, підвищення соціально-психологічної компетентності.

Заснована на біопсихосоціальної моделі «групова психотерапія» показала хорошу ефективність. Це спеціальна програма, що складається з 10 сесій, на яких використовують поведінкову терапію і спрямована на редукцію симптомів, підвищення мотивації до психотерапії і збільшення рівня знань про захворювання.

При психічних розладах проводяться тренінги емоційної експресії, психолого-лінгвістичний театр. При проведенні лікування поведінку фахівця подібно до поведінки матері, допомагаючи створювати символи, спостерігати і організовувати афекти. У фокусі роботи психотерапевта завжди повинен знаходитися дефектний комунікативний стиль «алекситиміка». Основні завдання у тренінгу комунікативних процесів: допомогти проаналізувати природу своїх особливостей (неповторність емоцій і т.д.); допомогти розвинути афективну чутливість, звертаючи увагу пацієнта на малоефективні способи переживання емоцій (тимчасово прийнявши його спосіб експресії).

Тілесно-орієнтована психотерапія є одним з методів, що застосовуються при психічних розладах. Це порівняно молодий напрям

холістичної директивної психології, орієнтоване на усвідомлення і «звільнення» тіла, пізнання його біологічних і соціально обумовлених реакцій, повернення до свого тіла і відкриття в собі первинних імпульсів, роботу через зміни тіла станами свідомості, досягнення цілісності в реагуванні, проживанні. Помилкові частини особистості на тілесному рівні проявляються «блоками», «зажимами», на які «спирається» хвороба. Однією з тілесно-орієнтованих технік є метод структурної психосоматики. Він дозволяє по-новому поглянути на хворобу, переосмислити причини її виникнення. М'які техніки і «приєднання» до партнера допомагають не тільки діагностувати, але й відновити енергетичний баланс в організмі. Перерозподіляючи через надлишкового кількість енергії в ті місця, де її катастрофічно не вистачає, тим самим викликаючи ту чи іншу розлад, тілесно-орієнтований терапевт допомагає відновити психічне і фізичне здоров'я людини.

Хворим з психічними розладами використовується антропологічна інтеграційна психотерапія, заснована на допомозі в розрішенні конфліктів, криз, диспропорцій в структурі комунікацій.

При психічних розладах застосовні всі методи і техніки, які є в арсеналі лікаря. Фактором, що структурує процес психотерапії і ієрархізуючою послідовністю використання технік сімейної психотерапії, є психологічне ланка патогенезу того чи іншого психічного розладу. Від обраної психотерапії залежить від короткострокових і довгострокових потреб хворого, його психічного розладу і які потрібно виконати в медичного втручання.

Однією з важливих проблем залишаються організаційні питання психотерапії при лікуванні психічних розладів. У Германії тільки 56% хворих з психічними розладами отримують адекватну психотерапію. У нашій країні ці цифри значно нижче. У зв'язку з цим система організації психотерапевтичної допомоги хворим з психічними розладами вимагає вдосконалення і реформування.

Новим напрямком допомоги хворим з психічними розладами є позитивна психотерапія - конфлікт-центрований інтегративний короткостроковий метод лікування, який є «синтезом психоаналітичних елементів і принципів терапії відносин, що представляє собою базову модель, в якій можуть поєднуватися різні психотерапевтичні напрямки. Вона включає позитивний підхід, змістовний аналіз і п'ятиступову модель допомоги (стадії спостереження, аналізу, ситуативного схвалення, вербалізації, розширення цілей). Позитивний підхід виходить з того, що кожна людина, незалежно від статі, віку, світогляду, соціального і матеріального положення, володіє двома основними здібностями: здатність до пізнання і здатністю до любові. Перша визначає раціональну, інтелектуальну діяльність, друга - емоційну складову людини, його фантазію, інтуїцію, душевні і духовні запити. Залежно від фізичного стану індивідуума, оточуючого його світу і часу, в якому він живе, ці здібності диференціюються і визначають особливості людини. Відповідно концепції позитивної психотерапії, реакція на складну ситуацію у будь-якої людини проявляється через чотири «сфери рішення конфлікту» (тіло, діяльність, сім'я / контакти, фантазія). Вона визначається глибиною актуального конфлікту - результату впливу на фізичні, розумові, соціальні і духовні сторони особистості макротравм (життєві події, наприклад: смерть близької людини, зміна роботи, житла і т.д.) або постійних мікро психотравмуючих факторів (не пунктуальність партнера, несправедливість колег і т.д.).

Позитивний підхід дозволяє виявити сімейні концепції, які визначаються відношенням матері, батька, братів, сестер до дитини, батьків - один до одного, до навколишнього світу, релігії, а також їх світоглядом. Аналіз концепцій дозволяє створювати нові моделі поведінки і ставлення до хвороби, розкриваючи можливі перспективи. Змістовний аналіз конфлікту в позитивної психотерапії грає важливу роль для встановлення причин виникнення психічного розладу. До порушень і захворювань ведуть, як

правило, не великі психотравми, а маленькі періодичні мікропсихотравми, котрі призводять до нестійкої позиції, що виростала в конфлікт.

Позитивна психотерапія здійснюється у вигляді п'ятиступінчастого процесу терапії і самопомоги, який ґрунтується на актуальних здібностях людини і підрозділяється на стадії спостереження дистанціювання, інвентаризації, ситуативного підбадьорення, вербалізації і розширення мети. Позитивний підхід виходить з того, що кожна людина, незалежно від статі, віку, світогляду, соціального і матеріального положення, володіє двома основними здібностями: здатністю до пізнання і здатністю до любові. Перша визначає раціональну, інтелектуальну діяльність, друга –емоційну складову людини, його фантазію, інтуїцію, душевні і духовні запити. Залежно від фізичного стану індивідуума, навколишнього його світу і часу, в якому він живе, ці здібності диференціюються і визначають особливості людини.

Вибір тих чи інших підходів і методів психотерапевтичного лікування в рамках позитивної психотерапії, що враховують індивідуальні особистісні, поведінкові, соціально-психологічні, культуральні особливості хворих.

Таким чином, при психічних розладахможуть бути використані різні види і техніки психотерапії, вибір котрих залежить від психічного розладу, тяжкості стану, наявності невротичних розладів, віку і мотивації хворих. Психотерапія повинна стати основною і невід'ємною частиною медикопсихосоціальної допомоги хворим при психічних розладах.

2.4. Мультидисциплінарний підхід до ментального здоров'я.

Одна з провідних тенденцій у розвитку сучасної охорони здоров'я полягає в посиленні і розширенні реабілітаційних заходів. Особливої актуальності ці напрямки набувають в області психічних розладах, часто резистентних до традиційної терапії і вимагають тривалого лікування. Доведено необхідність залучення психологічних і психотерапевтичних служб до соматичної клініки і організації систематичного співпраці фахівців різних

галузей медицини та психології (Сидоров П.І. та ін., 2014; Ванчакова Н.П., 2007; Гарганеева Н.П. і співавт., 2010 року; Leentjens AG et al., 2011).

Відбувається накопичення практичного досвіду, пов'язаного зі спробами зближення професійних інтересів терапевтів / інтерністів, психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів в широкій області медичної практики. Співпраця, заснована на об'єднанні зусиль інтерністів та психіатрів, сприяє збагаченню знань в суміжних спеціальностях, формуванню вичерпної картини хвороби (її психічної і соматичної складових). Така орієнтація в медицині, припускаючи істотну роль біологічних, психічних і соціальних факторів у розвитку, перебіг та наслідки патологічних станів людини, вказує на значущість комплексних підходів до інтегрованої діагностики, терапії, профілактики та реабілітації на основі сукупних знань. Для хворих, які страждають на психосоматичну патологію, переважання розладів тієї чи іншої сфери на даному етапі хвороби є визначальним у виборі форм і методів їх корекції, а також в ступені участі і акцентування ролі терапевта або психіатра.

Зазначений напрямок досліджується і впроваджується в рамках психіатрії консультування і взаємодії (ПКД), яке здійснює не тільки консультативний, а й терапевтичне співробітництво психіатра, психотерапевта і лікаря загальномедичного профілю, а також заходи, спрямовані на формування психосоматичної орієнтації лікаря інтерніста. Кінцева мета спільної роботи інтерністів та психіатрів - «не в поглибленні відмінностей між психічним і соматичним, а формування фахівця, вододіючого основами психосоматичної медицини» (Смулевич А.В., 2011).

У наданні допомоги пацієнтам з психічними розладами велика роль належить консультативній психіатрії (Novak M. Et al. 2009; Baner A.M. Et al., 2010). Психіатр, що працює в системі «консультація-взаємодія», виступає в якості консультанта інших лікарів (НЕ психіатрів).

Однак обмеженість інформаційних і професійних контактів між лікарями загальносоматичних установ і психіатрів, що базуються на

«класичної» моделі надання психіатричної допомоги, ускладнює взаємодію фахівців для поліпшення якості життя пацієнта. Проблема стигматизації пацієнта з психіатричним діагнозом пояснює вперте небажання пацієнта з психосоматичними розладами звертатися до психіатра з перевагою лікування у лікаря-інтерніста. Тим часом підготовка інтерністів по психіатрії не відповідає клінічним реаліям і практиці. Слід зазначити, що існуючі організаційні моделі консультативної психіатричне забезпечують надання допомоги всім нужденним хворим з психосоматичними розладами. Відповідно до теорії «фільтрів» надання психіатричної допомоги, створюється структура, яка потребує в наповненні змістом.

З метою поповнення відсутнього змісту потрібна зміна всієї системи вузівської та післядипломної підготовки лікарів загальної практики з психіатрії. Їх інформованість дасть можливість надання більш ефективної допомоги пацієнтам відповідно до принципів консультації-взаємодії. Перед консультацією психіатра пацієнт повинен бути поінформований про це своїм лікуючим лікарем. Фіксуючи свою думку в історії хвороби, психіатр повинен чітко сформулювати діагноз і рекомендований лікування, спеціально обумовивши, ким воно буде проводитися. План лікування обговорюється з лікарем з урахуванням можливої взаємодії і побічних ефектів ліків, що призначаються. При цьому психіатр повинен бути впевнений в тому, що його рекомендації цілком здійсненні, прийнятні і зрозумілі інтерністам. Психіатр повинен залишити лікарю і пацієнту свій номер телефону, якщо в подальшому знову знадобиться його допомога. При призначенні психотропних препаратів необхідно враховувати можливий вплив фізичного стану хворого, їх метаболізм та екскрецію, а також звертати увагу на ймовірне взаємодія з іншими ліками, запропонованими пацієнтові інтерністами.

При наданні психіатричної допомоги в умовах загальномедичній практики переважно призначення гомеопатичних та фіто препаратів. Особливо важливим аспектом є об'єктивна оцінка реальності забезпечення в

даному загальномедицинському відділенню надійного нагляду, якщо мова йде про пацієнта, що представляє небезпеку для себе або оточуючих (депресія з суїцидальними тенденціями, іпохондричним маренням і т.і.).

В.Ф. Лебедева і В.Я. Семко (2007), розглядаючи коморбідні з соматичною патологією психічні розлади у хворих територіальної поліклініки, приходять до думки, що число хворих, які потребують спеціалізованої психіатричної допомоги, становило 50,0 на 1000 населення, з них пацієнти, яким необхідні курсове і систематичне спостереження і терапія, - 39 на 1000 населення. В якості основної коморбідної соматичної патології найбільшу питому вагу мають серцево-судинні захворювання - 52,2% пацієнтів, що становить 50% всіх хворих з серцево-судинною патологією, що підлягають диспансерному обліку в поліклініці. Другими за частотою пов'язаності з психічними розладами зустрічаються захворювання шлунково-кишкового тракту (27% у чоловіків і 29,3% у жінок).

Про необхідність створення в структурі лікарні психосоматичних відділень говорить аналіз контингентів хворих багатoproфільних лікарень (Смулевич В., 2007). Саме багатoproфільні стаціонари мають сучасної діагностичною базою, яка необхідна в роботі з психосоматичними хворими.

Розроблено та апробовано моделі двох варіантів психосоматичних відділень в складі багатoproфільних лікарень (Козирев В. Н., 2000). Перший варіант - психосоматичне відділення, яке працює за принципом «централізації». Відділення розраховане на 40-60 ліжок, такий розклад передбачає посади психіатрів та психотерапевтів, медичного психолога. При необхідності штати можуть бути розширені за рахунок лікарів інших спеціальностей (кардіолог, ендокринолог та ін.). Для проведення до-виконавчими діагностичних заходів та консультацій психосоматичне відділення залучає «на себе» фахівців різних відділень і служб багатoproфільної лікарні. Медичному середовищі психосоматичних відділень відрізняється від умов як психіатричних, так і терапевтичних, неврологічних, кардіологічних і будь-яких інших соматичних відділень. У

психосоматичному відділенні інтегровані психіатрична та загальномедична служби, враховані двосторонні вимоги, що пред'являються до навичок персоналу та організації режиму. «Соматична настороженість» по відношенню до пацієнту з боку медперсоналу, насиченість лікувально-діагностичного середовища різноманітними пара клінічними дослідженнями, використання широкого діапазону соматотропних препаратів поєднуються в такому відділенні з диференційованим психіатричним наглядом (виділення палати посиленого спостереження, контроль за організацією прогулянок і побачень з родичами та ін.). Крім того, повинна бути забезпечена потреба психосоматичного відділення в психофармакологічних препаратах.

Другий варіант - психосоматичне відділення, яке працює за принципом «децентралізації». Відділення багатопрофільної лікарні, що не має власних ліжок, але функціонує як міжклінічному діагностично-лікувальному підрозділі, що забезпечує спеціалізовану допомогу хворим з психічними порушеннями «на місці», відповідному профілю їх соматичної патології.

У лікуванні використовується комплексний підхід, заснований на біопсихосоціальної парадигмі. Психіатри займається підбором психофармакологічних препаратів, стежить за динамікою психічного стану пацієнта, проводить групову та індивідуальну терапію. У відділенні застосовується інтегративна особистісно-орієнтована психотерапія, що складається з декількох етапів. В середньому термін госпіталізації складає 30 днів. Протягом цього часу крім психосвітньої програми і патогенетичної психотерапії використовуються додаткові психотерапевтичні методи: прогресивна м'язова релаксація по Джекобсон, арттерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, що не директивний гіпноз по М. Еріксоном.

Терапія, що проводиться поліпрофесійною бригадою, орієнтована на проведення інтегративної психотерапії, що базується на створенні психотерапевтичної середовища, яка включає псих освітні програми, має високий лікувальним потенціалом, сприяє швидкому одужанню хворого, встановленню його соціального функціонування, тим самим

перешкоджає формуванню затяжних хворобливих станів, запобігає рецидиву захворювання, вирішуючи, таким чином, завдання вторинної профілактики (Курпатов В.І. та ін., 2008).

Склалася ситуація, в якій система психосоматичних відділень ефективно розвивається в соматичної медицині а класичні психіатричні закладине мають добре розвинених систем і форм взаємодії. Ситуацію, що склалася можна подолати за рахунок посилення диспансерів і їх профіль під певний тип патології, а також посилення реабілітаційних програм, які дозволили б хворих з психосоматичних відділень направляти в ці центри. Є досвід організації амбулаторних психосоматичних відділень. Завдання амбулаторного відділення центру психосоматичної медицини включають діагностику і лікування пацієнтів, які мають психічні розлади і соматичні захворювання. Співробітники центру займаються диференціальною діагностикою та лікуванням психічних, соматопсихічних, психосоматичних і коморбідних психічних і соматичних захворювань. Це має на увазі проведення консультування у великого числа фахівців, широке обстеження і виконання інтеграційних функцій лікарями відділення (Ванчакова Н.П. та ін. 2010). Реабілітація - це напрямок сучасної медицини, яке в своїх різноманітних методах спирається, перш за все, на особистість хворого, активно намагаючись відновити порушені хворобою функції людини, а також його соціальні зв'язки. Успіх реабілітаційних заходів може бути позитивним лише тоді, коли встановлена гармонія між тілом і навколишнім середовищем. Реабілітація - завершальний етап спільного лікувального процесу. Правильне, раціональне поєднання фізичних і психічних методів впливу на конкретного хворого впливає самим безпосереднім чином на успіх в лікуванні поширених важких хронічних захворювань. Реабілітація заснована на партнерстві лікаря і пацієнта, різноплановості зусиль і впливів, спрямованих на різні сфери життєдіяльності; єдності біологічних і психосоціальних методів впливу і ступінчастості впливів. Програма медичної

реабілітації повинна включати одночасно соціальний, психологічний та економічний аспекти.

Загальномедичні амбулаторно-поліклінічні заклади, зберігаючи своє пріоритетне значення в системі охорони здоров'я населення, є важливою ланкою, а в деяких випадках і визначальним своєчасність розпізнавання психічних і поведінкових розладів у хворих, що покладає на лікарів первинної ланки відповідальність за прийняття правильного тактичного рішення (Гарганеева Н.І.П. і ін., 2010).

Основний принцип побудови алгоритму інтегративної медичної допомоги полягає у використанні системного підходу до вивчення сукупності факторів (конституціонально-біологічних, клінічних та соціально-психологічних) ризику мультифакторіальних.

Оптимальною для практики є модель взаємодії фахівців (терапевт, психіатр, психотерапевт, медичний психолог) з метою узгодження лікувальної і реабілітаційної тактики на етапах спостереження хворих від стаціонарного до амбулаторно-поліклінічного.

Амбулаторний етап слід розглядати як найбільш складний і відповідальний період в плані контролю і оцінки психічного стану хворих в зв'язку з тим, що ефективність тривалого підтримуючого лікування в більшій мірі залежить від довіри до терапії і дотриманні запропонованих лікарем назначеній, а також забезпечується приєднанням психотерапевтичної та психологічної реабілітації пацієнтів і додатковою освітою в «Школах здоров'я», «Школах психологічної підтримки».

Ефективність поліклінічного етапу визначається загальною системною профілактики і диспансеризації, динамічного і катamnестичного спостереження, що доцільно здійснювати в умовах первинної ланки при взаємодії і консультуванні з психіатром або психотерапевтом.

Психіатрична служба в даний час, знаходиться на етапі переходу від суто медичною моделі з властивим їй професійним підходом, до біопсихосоціальної моделі надання допомоги поліпрофесійним бригадним

веденням лікувально-реабілітаційного процесу (Гурович І.Я. і ін., 2004). Даний етап реформування психіатричної служби характеризується тим, що психосоціальний лікування і психосоціальна реабілітація стають обов'язковим компонентом психіатричної допомоги як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапі її надання. Від правильно побудованих реабілітаційних заходів залежить профілактика інвалідності. Реабілітаційна робота повинна враховувати не тільки зміни психіки, але і залишилися збереженими елементи емоційно-особистісного життя та інтелектуальної діяльності. Ефективність реабілітації хворих багато в чому залежить від їх готовності до співробітництва, бажання і можливостей ретельно виконувати рекомендацією лікаря. Адекватно спланувати обсяг і характер лікувально-профілактичних заходів неможливо без урахування психологічних особливостей хворих і їх відношення до свого захворювання. Взаємодія між лікарем і пацієнтом відбивається на життя пацієнта, його соматичному здоров'я. Важлива роль мотивації пацієнтів до проведення реабілітації.

В останні роки стали частіше використовуватися групові форми роботи, серед яких найбільш популярні групи з навчання та самодопомоги. Є досвід створення і функціонування «профільних клубів, шкіл» форма роботи якого включала читання лекцій-бесід з метою доведення до пацієнтів інформації про хворобу та фактори ризику, а також психотерапевтичного впливу (аутотренінг, гіпносуггестивна терапія, арттерапія).

У програму Сент-Вінсентської декларації щодо поліпшення допомоги хворим включені деякі психологічні аспекти, серед них: поліпшення якості спілкування з пацієнтами, захист почуття особистої гідності пацієнта, облік індивідуальних потреб, підтримання мотивації до самоконтролю, контроль психологічного якості життя, допомога медичним працівникам в організації спільної ефективної діяльності (Дідів І.І., Шестакова М.В., 2011).

В останні роки велика увага приділяється розробці нових підходів у реабілітації пацієнтів, заснованих на самодопомоги, реабілітаційної концепції, психотерапевтичних аспектах. Так, з'явилися нові підходи в

допомоги та реабілітації, наприклад інтеграційна допомога і реабілітація, які містять комплексні заходи, враховуючи психологічні особливості хворих. У теперішній час актуальними є програми медикопсихосоціальної допомоги хворим, які включають діагностичний, лікувальний і реабілітаційний етапи. Такім чином, клінічне поле сучасної медицини набагато ширше, і відпрацьоване на контингентах пацієнтів з різними ментальними недугами техніки, активно застосовують ся для зміцнення ментального здоров'я.

2.5. Саногенетична терапія ментального здоров'я.

Саногенетична терапія - це адаптивно-біопсихосоціальне управління свідомістю, в результаті якого відбувається дестабілізація стійкого патологічного стану, активація резервів організму і ресурсів особистості, а також відновлення структурно-функціональних систем забезпечення життєдіяльності (Сидоров П.І. та ін., 2008). У даній методиці використана унікальнеаранжування біоритмів мозку людини, що забезпечує запуск адаптивних механізмів відновлення і гармонізації функцій організму. Звуки і закодовані частоти бінауральних і моноауральних биття (частотні амплітудні коливання з різними характеристиками по правому і лівому каналам) на аудіодиску безпосередньо взаємодіють зі специфічними зонами мозку, викликаючи збільшення ендорфінів, енкефалінів і серотоніну - речовин, підвищуючи працездатність і настрої людини.

Для розуміння сутності саногенетичної терапії важливим є розуміння існування складної і глибоко організованою системи інформаційно-енергетичного обміну, що відповідає за взаємодію між собою різних функціональних систем організму і їх сукупну інтеграцію (Трубецької Д.І., 2004; Баранцев Р. Г., 2009).

Саногенетична терапія спирається на первинні та вторинні саногенетичні механізми. Первинні (фізіологічні) механізми саногенезу існують в здоровому організмі, задіюються при впливі на організм надзвичайного подразника і виконують такі функції:

- пристосовують організм до нормального функціонування при впливі організму з надзвичайних подразником; - перешкоджають проникненню в організм патогенного агента; повертають функцію, порушену патогенним агентом, і тим самим перешкоджають розвитку патологічного процесу.

Вторинні саногенетичні механізми виникають в процесі розвитку патології, вони формуються на основі виникли в організмі пошкоджень і виконують такі функції:

- беруть участь у локалізації патологічного процесу, руйнуванні або виведенні з організму токсичних речовин, продуктів життєдіяльності мікроорганізмів; - беруть участь у компенсації органів і систем організму; - вступають в дію при грубих порушеннях органів і тканин.

Саногенетична терапія спрямована на різні механізми одужання:

- термінові, нестійкі, захисно-компенсаторні процеси або реакції (секунди, хвилини), що представляють собою захисні реакції рефлекторного характеру, за допомогою яких організм звільняється від шкідливих речовин і видаляє їх, а також реакції, спрямовані на збереження таких констант, як артеріальний тиск, осмотичний тиск крові і тканин, вміст цукру в крові і т.д. ;

- відносно стійкі захисно-компенсаторні механізми помірної тривалості (дні, тижні), до яких відносяться: включення резервних можливостей, або запасних сил, пошкоджених і здорових органів в умовах хвороби;

- включення численних регуляторних систем і переключення їх на інший рівень;

- процеси зв'язування отрут білками крові і тканин, їх нейтралізація, активація клітин сполучної тканини;

- тривалі і стійкі захисно-компенсаторні про-процеси, що тривають місяці, роки.

До них відносяться: компенсаторна гіпертрофія, репаративна регенерація, імунні реакції (вироблення антитіл, проліферація Т- і В-лімфоцитів), багаточисленні пластичні реакції центральної нервової системи, що складаються з наступних механізмів: - захисна пластична реакція

центральної нервової системи ; - охоронне гальмування в центральній нервовій системі; - захисно-оборонні (безумовні та умовні) рефлекси (Базьян А.С., Григорьян Г.А., 2006).

Першою базовою основою в саногенез є процес формування його механізмів. Механізми саногенезу забезпечують підтримання регуляторного, енергетичного і структурного гомеостазу. Гомеостаз - стан динамічної рівноваги усередині організму. По відношенню до навколишнього середовища будь-яка жива система завжди не врівноважена. Це універсальна властивість живого. Механізми самоорганізації забезпечують динамічну стійкість системи, тобто збереження себе в русі, в процесі обміну з навколишнім середовищем.

На соматичному рівні найбільш вивченими механізмами саногенезу є:

- адаптація - пристосування органів і систем до нормального функціонування при взаємодії організму з надзвичайними подразниками для сприятливого перебігу компенсаторно-пристосувальних реакцій у людини;

- реституція - процес відновлення діяльності зворотно пошкоджених структур, який здійснюється в результаті нормалізації біоенергетичних процесів в клітинних структурах;

- регенерація - структурно-функціональне відновлення цілісності пошкоджених тканин і органів внаслідок зростання і розмноження специфічних елементів тканин, спрямоване на збереження необхідного рівня функціональної активності;

- компенсація - процес, який об'єднує різні складні і різноманітні реакції по функціональному заміщенню або відшкодуванню втрачених або недостатніх функцій; компенсаторні реакції виникають у відповідь на сигналізацію про дефект функцій, структур, обмінних процесів і є реакціями цілісного організму;

- імуномодуляція - імунна система чутливо реагує на зміни навколишнього середовища і перебудовує своє функціонування.

На психічному рівні компенсаторні реакції проявляються в механізмах витіснення психотравмуючої ситуації в підсвідомість, сублимації, регресії та інших, що дозволяють людині залишатися адекватним до навколишнього середовища.

Регенерація, адаптація та компенсація забезпечують індивідуальні здоров'я в основному шляхом впливу на формоутворюючий процес, відновлюють форму тіла, пристосовують її до навантажень в фізіологічних умовах (адаптація) і при розвитку хвороби (компенсація).

В силу цілісності людини механізми саногенезу соматичного і психічного рівнів взаємодіють, провідним при цьому є психічний рівень. На боротьбу з психічними, неврологічними і соматовегетативних розладами спрямований складний комплекс саногенетичної терапії, що включає в себе компоненти, які активізують фізіологічні реакції адаптації, стрес-лімітуючу систему і систему антиоксидантного захисту організму.

Найбільше практичне значення для побудови програми саногенетичної терапії мають наступні принципи:

- ранній початок терапевтичної інтервенції;
- етапне лікування від диспозиції до результату;
- спадкоємність і безперервність лікування на всіх фракталах;
- комплексний характер терапії;
- індивідуалізація лікувальних заходів з урахуванням адаптивного потенціалу і особистісних особливостей хворого.

Уявлення про саногенетичні можливості організму дозволяють враховувати синергетичний специфіку лікувальних впливів і особливості ресурсу власних сил спонтанної самоорганізації, будучи запорукою успішності проведених лікувальних і реабілітаційних заходів (Трубецької Д.І., 2004).

Саногенетична терапія повинна бути спрямована на все фрактали розвитку розлади і його корекцію його в точках біфуркації з цілю компенсації патологічного стані.

Саногенетична корекція в точках біфуркації фракталів сімейного дизонтогенезу і діатезу полягає в психотерапевтичному впливі на субстрат, тобто на моделювання психогенезу.

Корекція в точці біфуркації фракталів діатезу і функціональних розладів крім психотерапевтичного впливу включає полімодальний вплив на соціогенез.

Саногенетична терапія стосовно до точки біфуркації фракталів функціональних розладів і розгорнутої клінічної картини полягає в психотерапії, медико-соціальної роботи та корекції систем і функцій організму за допомогою різних методів, що впливають на механізми біогенезу.

Саногенетична терапія в точках біфуркації фракталів розвернутої клінічній картині і хронізації, а також хронізації та завершення повинна бути максимально інтенсифікована. Вона включає комплексний вплив на психогенез, соціогенез і біогенез.

Використання саногенетичної терапії гармонізує вплив на біоелектричну активність мозку. Для цього методу не існує будь-якого звикання або ефектів маятника. Чим більше тривалість лікування, тим довше і стабільніше ефект, а в подальшому під впливом лікування формується стійка автономна нормалізація функцій і характеристик центральної нервової системи (відбувається самонавчання структур головного мозку), що дозволяє досягати необхідного ефекту самостійно, без застосування саногенетичної терапії, і забезпечує тривалий післядія методики. Бінауральні ритми формують ритмічну активність мозку в необхідному напрямку, а разом з нею і стан свідомості, якому властива саме зберігає стратегія поведінки, і забезпечують високу ефективність застосування методу при лікуванні непсихотичних психічних розладів, залежностей і при реабілітаційних заходах.

Саногенетична терапія застосовується практично у всіх областях медицини і розглядається як патогенетичний і психофізіологічний метод

Саногенетична терапія застосовується практично у всіх областях медицини і розглядається як патогенетичний і психофізіологічний метод лікування психічних розладів у всьому їх різноманітті, а також різного роду аддикцій. Збереження стилю життя і її гідну якість стають головним реабілітаційним пріоритетом. Біопсихосоціальна синергетична модель вимагає впровадження нових мультидисциплінарних форм організації психопрофілактики і корекції.

III. МЕНТАЛЬНА ПРЕВЕНТОЛОГІЇ

3.1. Від психопрофілактики до ментальної превентології.

В останнє десятиліття історії суспільства характеризується стрімкими змінами - від почті повну зневагу до свого здоров'я до усвідомлення здоров'я як провідної цінності. У той же час профілактична спрямованість охорони здоров'я неефективна в тому вигляді, в якому вона існує в сучасній медичній практиці. Про це свідчать результати оцінки здоров'я населення - рівень здоров'я прогресивно знижується.

Сучасна концепція охорони здоров'я здорових, це новий напрямок діяльності - перехід від системи, орієнтованої на лікування захворювань, до системи охорони здоров'я громадян, заснованої на пріоритеті здорового способу життя і спрямованої на профілактику хвороб. Ключовою проблемою для всіх напрямів охорони здоров'я здорових в цій концепції є формування культури здоров'я, підвищення престижності здоров'я і відповідальності за збереження власного здоров'я.

Загальна превентології - це область знань про шляхи формування та підтримки оптимального рівня здоров'я, його зміцнення і про профілактику захворювань з залученням широкого кола фахівців. З наростаючою актуальністю усвідомлюється необхідність підготовки превентолога, що має в якості ведучої мотивації діяльності завдання попередити втрату здоров'я. Основною особливістю ментальної превентології є її широкий міждисциплінарний підхід, який став можливим в зв'язку зі зміною традиційної нозоцентричної парадигми на біопсихосоціальну.

Професійне поле превентології складають центри, кабінети і відділення медичної профілактики поліклінік, центри реабілітації та оздоровлення, санаторіїв та будинків відпочинку, медико-соціальне центри, освітні установи, школи по профілактики, спільноти і асоціації хворих та їхніх родичів, організації фізичної культури і спорту і т.д.

Приватним розділом мультидисциплінарної превентології, є ментальна превентологія, які займаються попередженням виникнення розладів психіки та збереженням психічного благополуччя людини, і дозволяє реалізувати власний потенціал.

Сферою професійної діяльності превентології стає: - оцінка ресурсів індивідуального і суспільного здоров'я; - оцінка впливу факторів середовища (природного, соціальної, виробничої) на здоров'я людини; - організація та реалізація профілактичних програм і заходів»; - навчання технологіям і навичкам формуванні і зміцненні здоров'я; - профілактика конкретних захворювань; - індивідуальне консультування з питань зміцнення здоров'я; - викладання превентології в навчальних закладах усіх форм і рівнів проведення профільних наукових і маркетингових досліджень тощо, Об'єктом ментальної превентології є:

- фактори і умови розвитку психічної патології; - скринінг і прогнозування ментальних розладів; - профілактичні програми різної цільової спрямованості; - виховання і формування самозбереження поведінки в сім'ї і школою, освітній установі і трудовому колективі; - превентивні ресурси всіх зацікавлених відомств і структур; - стратегії і механізми подолання психічної патології.

Проблемами збереження психічного здоров'я традиційно займалась психопрофілактика. Ментальна превентологія свої основні положення бере з психопрофілактики, в зв'язку, з чим далі будуть розглянуті основні етапи психопрофілактики.

Психопрофілактика (від грец. Prophylaktikos - запобіжний) - це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, які забезпечують психічне здоров'я, включаючи профілактику особистісних і професійних криз, попередження виникнення та поширення психічних розладів. Ментальна превентологія відрізняється від психопрофілактики тим, що вона заснована на синергетичній методології та мультидисциплінарній. Психопрофілактика ділиться на первинну, вторинну і третинну.

Первинна профілактика - це комплекс заходів, спрямований-них на попередження шкідливих впливів на людську психіку. На цьому рівні система психопрофілактики полягає у вивченні витривалості психіки до впливу шкідливих агентів навколишнього середовища і можливих шляхів збільшення цієї витривалості, а також попередження психічних розладів. По суті це диспанцеризація здорового населення з здійсненням широкого комплексу психогігієнічних заходів, оскільки сприятиме виникненню психічних порушень можуть як несприятливі соціально-психологічні умови існування людини (інформаційне перевантаження, психічні травми і мікросоціальної конфлікти, неправильне виховання в дитинстві і т.п.), так і фактори біологічного характеру (соматичні хвороби, травми мозку). Система психопрофілактики на цьому рівні повинна бути спрямована також на вивчення психотравмуючих чинників, витривалості психіки до впливу шкідливих агентів навколишнього середовища і можливих шляхів збільшення цієї витривалості. Сюди ж слід віднести ціннісне і цілісне виховання дитини, а також психогігієну сім'ї та вагітних; своєчасне застосування методів лікувальної, педагогічної і психологічної діагностики і корекції. При цьому первинна психопрофілактика передбачає систему загальних заходів по зміцненню здоров'я населення.

Роль психології в розробці основ пропаганди і впровадження здорового способу життя, в подоланні безвідповідальності по відношенню до свого здоров'я, в пропаганді культури здоров'я. Психологічна підтримка і корекція особистості стають особливо необхідними, так як така робота може повернути індивіда в межі оптимальної психічної норми і запобігти розвитку психічного розладу. У той же час психопрофілактична робота з населенням сприяє усуненню у людей необґрунтованої тривоги щодо стану їх здоров'я, дозволяє зняти почуття страху перед зверненням до психолога, психотерапевта. Крім того, первинна психопрофілактика забезпечує можливість більш ранньої діагностики відхилень у психічній діяльності людей, а, отже, полегшує завдання надання більш ефективної допомоги.

Первинна психопрофілактика може проводитися з практично здоровими людьми. При професійному консультуванні, перш за все, доводиться вирішувати задачу про те, яка проблема і чому саме виникла у конкретної людини. Це викликає необхідність аналізу особистості який звернувся за консультацією та визначення індивідуальних особливостей суб'єкта. Однією з центральних завдань психопрофілактичної роботи є розуміння пацієнта, його проблем і можливостей. Психопрофілактична робота може проводитися і з практично здоровими людьми. Тільки тоді можна зрозуміти причини виникнення складної проблеми суб'єкта в рамках ставлення до кого-то (до себе, члену сім'ї, вчителю, співробітнику і т.д.) або до чогось (до минулого, сьогодення, майбутнього, країні, професії), якщо кваліфікувати темперамент пацієнта, його характер, загальні та спеціальні здібності, спрямованість особистості. Після того, як людина виклав свої скарги і проблеми, історію життя, психотерапевт може зайнятися аналізом структури його особистості, виходячи з розуміння особистості як сукупності відносин. Розібравшись в цьому широкому колі питань, можна спробувати допомогти клієнту знайти конструктивне рішення проблеми з урахуванням його реальних можливостей і особливостей проблемної ситуації.

Оптимальні можливості для фізичного і духовного існування кожного члена, для їх особистісного зростання, для народження, виховання, освіти і адаптації дітей до життя в суспільстві забезпечує гармонічна сім'я. У благополучних сім'ях сімейні ролі чітко окреслені, взаємно доповнюють один одного, люди живуть в атмосфері розуміння, довіри, доброзичливості, почуття особистої відповідальності кожного за життя сім'ї як єдиного цілого. В одній сім'ї можуть жити 3-4 покоління, що вимагає розуміння завдань і можливостей кожного члена сім'ї, тому для запобігання психічних розладів у зв'язку з нечіткістю розподілу сімейних ролей виявляється психопрофілактична робота психолога, перш за все з молодятами, а у випадках розширеної сім'ї - і з людьми старшого покоління.

Для профілактики деформування внутрішньосімейних стосунків і спотворень формування характеру у дітей має сенс займатися психологічною корекцією небажаних стилів виховання. Завдяки своєчасній психопрофілактичній роботі з сім'єю можна уникнути формування і фіксації у дитини таких соціально-психологічних ролей, як «сімейний божок», «мамине скарб», «хвороблива дитина», «жахлива дитина», «козел відпущення» і ін. При такій роботі у дітей з'являться ролі, не властиві для негармонійних сімей: «помічник», «рівноправний учасник бесіди», «цікава людина», «порядна людина» і т.п. У сім'ї закладаються особистісне ядро людини, тому робота психотерапевта, тому робота психотерапевта з сім'єю над питаннями корекції взаємин і стилю виховання дітей виявляється виключно важливою. Психопрофілактична робота з особистістю можлива і необхідна не тільки в родині, а й в системі різних установ: школи, дитячі сади, санаторії.

Без відповідної психопрофілактичної роботи деякі аспекти умов трудової діяльності людини підвищують ризик психічних розладів. Трудові операції на робочому місці можуть бути монотонними, позбавленими творчого елемента і не цікавими для працівника. У той же час вони вимагають безперервної концентрації уваги і супроводжуються страхом помилки, так як це негативно відіб'ється на заробітній платі. Або робота може бути творчою, пов'язаною з обслуговуванням складного електронного обладнання, автоматичних систем управління з величезним кількісним індикаторів, за якими з увагою необхідно стежити, миттєво реагуючи на будь-які відхилення в показниках, з прийняттям адекватних рішень і діями. Помилка співробітника в таких випадках може призводити до аварій. Є види професійної діяльності, пов'язані з підвищеним емоційним напруженням, в силу постійного спілкування з великою кількістю людей, необхідністю швидко і точно реагувати на чужі проблеми, допомагати в їх вирішенні, переходячи від одного сюжету до іншого. Або займаючись вирішенням спільної справи, люди, об'єднані у великий колектив, взаємодіють один з

одним, і в таких обставинах деякі особистісні особливості співробітників можуть перешкоджати успішному вирішенню виробничо-господарських завдань, а також підвищувати емоційну напруженість і конфліктність в колективі. Крім цього не завжди вміло регулюють міжособистісні відносини керівники виробничих колективів, що може призводити до тяжких конфліктів, відбиватися на здоров'я співробітників і на рішеннях виробничих завдань.

До завдань психопрофілактичного характеру на виробництві відносяться:

- вивчення психологічних особливостей керівників, співробітників, психологічного клімату в колективі в цілому з урахуванням мети, завдань, мотивів діяльності і засобів, використовуваних співробітниками для досягнення наміченої мети;

- естетичне оформлення робочих місць, розташування в просторі з урахуванням їх індивідуальних схильностей і особливостей взаємин людей в малих групах;

- проведення на підприємствах профілактичних бесід з співками безпосередньо і по радіо, обговорення з корекційної спрямованістю актуальних психологічних проблем в колективі, пропаганда здорового способу життя та ін.;- створення кабінетів емоційного розвантаження, де під керівництвом психолога співробітники можуть опановувати і користуватися навичками аутогенного тренування (фізичної і психологічної релаксації), перемикатися на ті види діяльності, які дають можливість реалізувати свої духовні і фізичні потреби

Психокорекційне опрацювання конфліктів серед співробітників робочих колективів з урахуванням впливу кожного з них на групу і групи - на кожного, вдосконалення у них механізмів саморегуляції, здатності розуміння себе та інших позначається на оздоровленні психологічного клімату в цілому, поліпшення виробничих показників і почутті задоволення від власної діяльності кожного члена колективу.

Для виникнення психічного розладу важливо, щоб склади-лось необхідне для цього співвідношення між причиною, що його визиває, і умовами, що сприяють розгортанню її механізмів і симптоматики. У стані передхвороби причина, і частина умов для початку патологічного процесу вже сформувалась, але перші, початкові прояви ще не прийняли клінічно окресленого характеру, ще не виник порочне коло, при якому одні симптоми посилюють прояв інших і, навпаки, посилення друге веде до збільшення перших. Таким чином, навіть якщо ймовірність розвитку психічного розладу дуже висока, при своєчасному психопрофілактичному і психокорекційному втручанні залишається можливість її запобігання.

Вторічна психопрофілактика - це максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічних розладів та їх своєчасне (раннє) активне лікування. Вторічна психопрофілактика полягає в контролі за навантаженням або попередженням негативних наслідків вже почався психічного розладу або психологічної кризи. Вторічна психопрофілактика вимагає психотерапії в широкому розумінні цього слова. Вона включає роботу з групами підвищеного ризику виникнення нервово-психічних розладів. Кожне психічний розлад має свою причину, механізм формування, типове для неї симптоматику, варіанти перебігу та результат. Психопрофілактика і психологічна корекція має першорядне значення для запобігання психогенних розладів, тобто тих, які виникають внаслідок психічних травм.

Виділяють шість захисних рівнів, бар'єрів від дії різних факторів (Давидовський І.В., 1962):

- тканинної бар'єр, що перепиняє шлях для проникнення в організм чужорідних утворень;
- лімфоїдноїмунний бар'єр, який прагне нейтралізувати і вивести з організму хвороботворні елементи;
- гематоенцефалічний бар'єр, що перешкоджає проникненню хвороботворних агентів в мозок;
- гіпоталамічний бар'єр; адаптаційний синдром у вигляді нейроендокринного реагування в ситуації стресу;
- нейродинамічний бар'єр, що реагує на фактор,

що ушкоджує - змінами в закономірностях функціонування нервових процесів головного мозку; - особистісний рівень реагування.

При цьому важливо установити наявність трьох показників для усунення психогенної природи розлади (Д. Ясперс):

- розлад починається під час або відразу ж слідом за дією психічної травми; - зміст переживань відображає сюжет травмуючої події і не виходить за його межі; - у міру віддалення в часі від моменту психічної травми поступово гасне інтенсивність переживання.

Різні життєві обставини зустрічаються в житті кожної людини, але не у кожного внаслідок психічних травм розвивається психічний розлад. Ситуація є патогенною в тих випадках, коли її не можна раціонально змінити, подолати або для особистості неможлива відмова від нездійснених, нереалістичних бажань. Психогенні розлади виникають не тому, що є важка ситуація, а тому, що є певне особистісне ставлення до неї. Якщо захисних психологічних механізмів виявляється недостатньо, то особистість виявляється безпорадною і у неї може початися психогенне розлад. Своєчасна психопрофілактична робота по зміцненню захисних механізмів з людиною, що знаходиться в стресових обставинах, в ще більшій мірі може сприяти запобіганню розвитку розлади. Третина психопрофілактика - це попередження рецидивів нервово-психічних розладів і відновлення працездатності у людини, який переніс розлад. Третинна психопрофілактика спрямована на попередження інвалідності у людини з нервово-психічним розладом. Діяльність психолога, і психотерапевта на даному етапі включає консультативну, відновну і корекційну допомогу. У підтримуючій терапії особливу роль відіграє професійна реабілітація (пошук нових ресурсів професійної діяльності, можливостей професійного зростання), соціальна адаптація (створення максимально сприятливих умов для хворої людини при його поверненні в звичну сімейне середовище) і пошук шляхів саме актуалізації (усвідомлення особистісних ресурсів зростання і розвитку).

Велике значення необхідно приділити розгляду внутрішньої картини хвороби, тобто власній уяві пацієнта про свій розлад, яке може сильно відрізнятись від реальності. Спотворена внутрішня картина хвороби може виникнути в силу різних причин: - нестачі інформації і неможливості відповісти на питання: «Що зі мною відбувається і що буде далі?»; - відношення до цієї хвороби в суспільстві; - відносини пацієнта до причини захворювання, освіченості хворого, його виховання, віку, статі, характеру.

Слід враховувати, що на внутрішню картину хвороби відбивається здатність людини до подолання перешкод і неприємностей, позитивне або негативне відношення до медицини, його основні ціннісні орієнтації, інтелектуальні можливості. На формуванні внутрішньої картини хвороби відображаються емоційні реакції пацієнта, масштаб переживань особистістю факту хвороби і власна інтелектуальна концепція розлади.

Одне з основних напрямків психопрофілактичної роботи теоретичного характеру стосується людей, які отримали інвалідність в зв'язку з психічними розладами. Основна проблема полягає в необхідності забезпечити включення цих людей в активне громадське життя, в розвитку у них почуття самодостатності і реалістичних перспектив подальшого існування в світі, вміння жити зі своїми особливостями, вибудовуючи адекватні відносини з оточуючими людьми.

3.2. Основні напрямки ментальної превентології.

До основних напрямків ментальної превентології можна віднести наступні (Сидоров П.І., 2006).

Педагогічне спрямування. При розробці первинної профілактики важливим є розвиток позитивного внутрішнього морального і психічного потенціалу людини, що досягається пропагандою і рекламою здорового способу життя. Велику роль тут відіграє виховання в сім'ї та школі цінності здоров'я. Необхідне впровадження здоров'язберігаючих підходів до навчальних закладів.

Медичний напрям полягає в превентивних аспектах діяльності системи охорони здоров'я. Значна роль в превенції відводиться загальній лікарській практиці і установам загальномедичній мережі. Сімейний лікар, що знає умови життя сім'ї та взаємини між її членами, може бути основною фігурою в проведенні профілактичних заходів в сім'ї. Крім звичайної роботи лікарів, спрямованої на виявлення тих чи інших проблем здоров'я пацієнтів, досить новим методом ментальної превентології є раннє втручання. До завдань сімейного лікаря входять виявлення під час медичних оглядів на прийомі і при обслуговуванні на дому груп по-підвищеного ризику за психічними та психосоматичних розладів м; напрямом їх для подальшого обстеження до психіатра, психотерапевта, медичного психолога; спостереження терапії розладів; активну участь в профілактичних програмах.

Соціальний напрям. При формуванні психічних розладів може розкинутися процес соціально-трудової декомпенсації, коли порушуються взаємини в сім'ї, на роботі, відбувається втрата роботи, сім'ї. Розвивається соціальна дезадаптація у пацієнтів вимагає проведення реабілітації і встановлення соціального статусу хворої людини. Тому мета соціальної роботи в ментальній превентології це відновлення порушеної соціальної мережі пацієнта і створення для нього соціальної підтримки.

Психологічний напрям. Одним з критеріїв психічних порушень є відсутність адаптації до щоденного життя, що пов'язано з суспільною культурою, до основних цінностей якої відноситься і якість життя. Під психологічною допомогою в ментальній превентології розуміють забезпечення емоційної, смислової і екзистенціальної підтримки людині або групі в важких ситуаціях, що виникають в ході їх особистісного або соціального буття. Одне із завдань превенції - дестигматизація пацієнтів та їхніх родичів з боку суспільства з метою підвищення якості лікування.

Духовне напрям. Будь-яка світова релігія містить в своїх канонах обов'язкову турботу про моральне і фізичне здоров'я. Духовні методи є альтернативними способами допомоги. Тим не менш, це дуже важливий і

серйозний аспект реабілітації і духовна реабілітація спрямована на встановлення вищих цінностей людини - неповторності життя, любові, віри, терпіння.

Культуральний напрямок. На розвиток психічної патології великий вплив мають і етнічні відмінності, так як вони забезпечують особливе ставлення до матеріальним (їжа, одяг), соціальним (організація і структура суспільства) явищам, а також індивідуальну поведінку. Мають відмінності у формуванні психічної патології в різних етнічних популяціях. Побудова превентивної політики, безумовно, спирається на знання історії, культури і етнологічних особливостей, що дає можливість найбільш повно враховувати психологічні особливості особистості і поведінки людей, що живуть в даному регіоні.

Адміністративно-правовий напрямок. Основним принципом політики в сфері охорони здоров'я повинні стати соціальні пріоритети, які б збільшення тривалості життя і її якості.

Новою формою організаційного забезпечення ментальної превентології може бути створення громадських факультетів ментального здоров'я при університетах.

В даний час наше суспільство переживає духовно моральну кризу. Цей стан справ є відображенням змін, що відбулися в суспільній свідомості і державній політиці. Зведеними до мінімуму виявилися духовно-моральні навчальні та виховні функції діючої системи освіти. Наслідком цього стало те, що сукупність ціннісних установок, властивих масовій свідомості (в тому числі молодіжному), багато в чому деструктивна і руйнівна з точки зору розвитку особистості, сім'ї і держави. Найбільша небезпека, яка чатує на наше суспільство сьогодні, - не в розвалі економіки, не в зміні політичної системи, а в руйнуванні особистості. У молодого покоління втрачено головний фактор розвитку - виховання духу. Матеріальні цінності домінують над духовними, тому спотворені уявлення про доброту, милосердя, великодушності, справедливості, громадянськості і патріотизм. Високий

рівень злочинності викликаний загальним зростанням агресивності та жорстокості в суспільстві. Триває руйнування інституту сім'ї: формуються поза подружні, анти батьківські і анти сімейні установки. Поступово втрачаються форми колективної діяльності.

Спроби формування моральних почуттів, моральної позиції на основі загально гуманістичного підходу і ліберальних, «загальнолюдських» цінностей не приводять до успіху. Сьогодні, очевидно, що головним засобом відновлення духовного, морального, інтелектуального потенціалу народу є відродження системи духовно-морального виховання.

Духовно-моральне виховання - це процес сприяння духовно-моральному становленню людини, формуванню у нього:

- моральних почуттів (совісті, боргу, віри, відповідальності, громадянськості, патріотизму);
- морального обличчя (терпіння, милосердя, лагідності);
- моральної позиції (здатності розрізняти добро і зло, про-явища самовідданої любові, готовності до подолання життєвих випробувань);
- моральної поведінки (готовності служіння людям і батьківщині, прояви духовної розсудливості, слухняності, доброї волі).

У духовно-моральне виховання традиційно сприяло духовно-моральному становленню людини на основі православної культури. В системі вищої освіти відбувається орієнтація освіти на ринок праці. Пріоритетною тенденцією в реформуванні тимчасового університетської освіти є професійна спрямованість, але зміст освіти не може вичерпуватися лише професійною підготовкою.

Проблеми профілактики психічних розладів є дуже складними і недостатньо розробленими, оскільки ні теоретично, ні практично запобігти появлені не можна, навіть з урахуванням факторів схильності і провокуючих моментів; увага повинна бути спрямована на поліпшення психотерапевтичної підготовки лікарів загально соматичної практики, так як до них в першу чергу звертаються пацієнти.

Розвивається в організмі психологічний стрес сигналізує про себе розвитком ряду симптомів. Їх може бути один або кілька, проте ігнорування цих ознак, як правило, призводить до того, що через якийсь час починає розгортатися картина стрес реакції з явними соматичними проявами. Своєчасно виявити ознаки стресового напруги дозволяють почати корекцію наявного поведінкового стереотипу і уникнути ускладнень стрес реакції.

Існують різні шляхи боротьби з надмірним стресом: - поведінкова терапія, спрямована на уникнення, зменшення чи внесення змін до ступеня шкідливого впливу стресора, зменшення рівня суб'єктивного сприйняття стресора; - навчання навичкам зниження підвищеної психофізіологічної реактивності; - використання методів адекватного вираження реакції на стресовий вплив.

Одним з методів, що дозволяють забезпечити зазначені заходи боротьби з дистресом, є психорелаксаційна терапія, до якої можуть бути віднесені прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, медитативні методики, поведінкова терапія з використанням принципу біологічного зворотного зв'язку.

Прогресуюча м'язова релаксація - метод, розроблений Е. Jacobson (1938), полягає в використанні системи вправ, що складаються з чергування напруги і розслаблення різних м'язів і м'язових груп з обов'язковою концентрацією уваги на процесі напруги, розслаблення і переходу м'язи від напруженого стану до розслабленого для досягнення релаксації. При проведенні занять використовуються вправи поперемінного напруження і розслаблення м'язів, завдяки чому пацієнти навчаються вловлювати мінімальне підвищення м'язового тону і досягати вираженою релаксації.

У тренінгу прогресуючої м'язової релаксації послідовно викликається напруга і розслаблення різних груп м'язів. Коли м'яз напружується і утримується в нарузі, вона втомлюється. Коли напруга послаблюється, м'яз теж розслаблюється, але оскільки в ній викликано стан втоми, то,

продовживши напруга ще близько 30 с, при зниженні напруги отримаємо ще більше розслаблення, ніж було до напруги.

Багатьом людям, що страждають від напруги і тривоги, спочатку важко усвідомити, що їх м'язи знаходяться в зайвому тонусі. Вправа прогресуючої м'язової релаксації гарантує, що м'язи стануть більш розслабленими, а його заключна частина спрямована на усвідомлення зміни рівня м'язової напруги, викликаного напругою і розслабленням.

Вправи релаксації корисні в будь-якій ситуації, коли людина перебуває у стресовому стані або тривогу. Фізично розслабившись, можливо краще використовувати когнітивні стратегії, спрямовані на подолання стресу або тривоги. Прогресуюча релаксація є способом зруйнувати порочне коло стресової реакції. Вправи релаксації і глибоке дихання - найважливіші і ефективні механізми зниження стресу.

Існує дев'ять основних м'язових груп, які необхідно використовувати в даній вправі на релаксацію: кисті та передпліччя; плечі; лоб; лоб з надбрів'ями, ніс та щоки; рот, підборіддя, передня шийна область; задня поверхня ший; верхня половина тулуба; м'язи, що піднімають ноги, коли пальці спрямовані донизу; м'язи, що піднімають ноги, коли пальці спрямовані на себе. Вправи на релаксацію проводяться при тьмяному або погашеному світлі. Їх можна проводити сидячи в кріслі або лежачи в ліжку. Необхідно влаштуватися зручніше і закрити очі.

Аутогенне тренування заснована на використанні вербальних формул самонавіювання для досягнення стану релаксації. Класична методика аутотренінгу складається з двох ступенів:

- навчання релаксації за допомогою виконання 6 стандартних вправ з використанням формул, що сприяють появленню і посиленню відчуття тепла і тяжкості в кінцівках, тепла в області сонячного сплетіння, прохолоди в області чола, а також формул, що стосуються серцевої діяльності і дихання; - це найвищий ступінь - аутогенне медитація. За походженням, структурою і механізмам дії аутотренінг є синтетичним методом, що об'єднує ряд

психотерапевтичних прийомів. Особливістю поведінкової терапії з використанням принципу біологічного зворотного зв'язку є застосування апаратури, дозволяє пацієнту під час заняття постійно отримувати інформацію про зміну будь-якої фізичної функції. Пристрій для забезпечення біологічного зворотного зв'язку включає: датчик, перетворюючий пристрій, реєструючий пристрій для передачі хворому візуальної, акустичної або тактильної інформації про зміни фізіологічної функції. В основі дії даного методу лежать навчання психофізичної саморегуляції і відновлення порушеної чутливості центральної нервової системи до сигналів з боку внутрішніх органів.

Ключем до адекватного подолання стресу є здатність відрізнити стресори, які може контролювати людина, від стресорів, контроль над якими не в його владі. Для різних видів стресових факторів існують різні техніки подолання. Багато людей відчувають значне фізичне і емоціональне напруження, намагаючись змінити події, які знаходяться поза їхнім контролем. Наприклад, водіння автомобіля пов'язане з серйозним стресом. Якщо людина не в силах контролювати стресор, то він може навчитися керувати своїми емоційними реакціями на події. Прикладами технік, які можуть бути ефективними »фокусуванні на емоціях, є: глибоке дихання; тренінг прогресивної м'язової релаксації; візуалізація

На деякі стресори можна вплинути або змінити їх, зробивши менш травмуючими, тобто при зіткненні з деякими стресорами пряме поведінка може розрядити стресову ситуацію. Це особливо відноситься до стресорам міжособистісного характеру, коли джерелом стресу є веління інших людей. Прикладами технік, які можуть бути ефективними в фокусуванні на проблемах, є: тренінг впевненості в собі, управління часом, тренінг соціальних навичок.

Когнітивні стратегії подолання стресу використовуються як при емоційних, так і при проблемно-орієнтованих техніках. Прикладами когнітивних стратегій подолання стресу є: через існування неадекватних

переконань; небажаних думок; тренінг інокуляції стресу. Емоційно-орієнтовані техніки подолання стресу найбільш ефективні в разі, коли людина не володіє контролем над стресовою ситуацією, а орієнтація на проблему в подоланні стресу найбільш адекватна там, де людина має деякий контроль над стресором. Більшість стресорів, пережитих людьми, має змішані риси, комбінуючи аспекти, які людина контролює слабо, і ті, які можуть бути піддані зміні.

Вправи, орієнтовані на глибоке дихання, - важлива складова всіх видів розслаблюючих процедур. Вони представляють собою один з найпростіших і найбільш ефективних методів релаксації. Глибоке природне дихання здатне принести користь практично всім. Воно особливо полегшує життя людям, схильним в стресовій ситуації до паніки, швидкої стомлюваності, гіпервентиляції, головних болів, м'язового напруження, тривогу.

Глибоке дихання є технікою, яку можна використати в будь-який час і в будь-якому місці для того, щоб зняти емоційні і фізичне збудження, пов'язане зі стресором. Вправи з глибоким диханням дають можливість контролювати фізіологічні реакції в стресових ситуаціях.

Виходячи з цього, існує досить багато способів боротьби зі стресом, застосування яких сприяє зняттю стресового на-напруги, а значить профілактиці психічних недуг. Основною метою фахівців в області ментального здоров'я (психологи, психотерапевти, соціальні працівники) має бути ефективне навчання людей навичкам боротьби зі стресом.

Таким чином, ментальна превентологія повинна стати основою формування високої якості ментального здоров'я, без якого неможлива модернізація країни. При цьому актуальними і затребуваними будуть всі основні напрямки ментальної превентології. А також нові форми організаційного забезпечення, такі як створення громадських факультетів ментального здоров'я, а також традиційні методи превенції стресу і пост стресових розладів.

3.3. Системний моніторинг ментального здоров'я.

Сформована в останні роки в країні соціально-економічна ситуація об'єктивно призвела до погіршення психічного здоров'я на-селища і одночасно до обваження контингенту психічно хворих. Реальна поширеність психічних і поведінкових розладів значно перевищує офіційну статистику. Так, поширеність психічних розладів непсихотичного рівня становить 27,3% дорослого населення і 1,4% за офіційними даними. В останні роки з'явилися пропозиції по реорганізації психіатричної служби, які відрізняються різноманітністю підходів. У них зроблені акценти на перспективне вдосконалення існуючої системи психіатричної допомоги за рахунок раціонального використання наявних ресурсів, міжвідомчого взаємодії, надання психіатричної допомоги в медичних закладах загального типу (Краснов В.М., 2008; Казаковцев Б.А., 2009).

Основною метою програм з питань психічні розладів є розвиток системи комплексної профілактики, діагностики, лікування і реабілітації при психічних розладах. У той же час без об'єктивної статистичної інформації про поширеність психічної патології неможлива ефективна реалізація даних заходів.

Таким чином, необхідність системного моніторингу ментального здоров'я диктується гостротою сучасних проблем суспільства, пов'язаних з психічними та поведінковими розладами. Психічні недуги погіршують не тільки добробут населення і громадське здоров'я, а й економіку в цілому.

Термін «моніторинг» (лат. Monitor-застережливий) - в широкому сенсі - це спеціально організоване, систематичне навмання за станом об'єктів, явищ, процесів з метою їх оцінки, контролю або прогнозу. Моніторингові системи є основним механізмом вивчення впливу середовища проживання на здоров'я населення (Сидоров П.І. та ін., 2006).

Цілями створення будь-якого моніторингу є: вибір предмета моніторингу і накопичення інформації про нього; оцінка на основі зібраної інформації можливого несприятливого впливу серед проживання на стан

здоров'я населення; прийняття рішення про усунення або пом'якшення цього несприятливого впливу.

Системний екологічний моніторинг - це сукупний комплексний геофізичний, метеорологічний, гідрологічний, соціальний, медичний моніторинг, направлений на встановлення причинно-наслідкових зв'язків між зовнішніми впливами, здоров'ям і якістю життя людей, на прогнозування несприятливих явищ і процесів (Сидоров П.І. та ін., 2006).

Соціально-гігієнічний моніторинг - це державна система спостережень за станом здоров'я населення та довкілля, їх аналізу, оцінки і прогнозу, а також визначення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом чинників довкілля. Він є одним з діючих механізмів забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Так як заснований на створенні та аналізі баз даних про здоров'я і факторах середовища проживання, виявленні причинно-наслідкових зв'язків між показниками захворюваності на конкретних територіях і впливом на населення шкідливих факторів навколишнього середовища.

Сучасні тенденції в дослідженні поширеності патології психічного здоров'я характеризуються зміщенням акцентів до більш універсальним, заснованим на уявленні про психічне здоров'я як про сукупність психічного, соціального, психологічного благополуччя і стану рівноваги індивідуума з оточуючим середовищем.

Структурно-функціональна модель системного моніторингу ментального здоров'я включає мету, процес вимірювання, організацію, форми, способи, методи, засоби, процес оцінки, встановлення результатів моніторингу.

На максимальному рівні узагальнення системного моніторингу ментального здоров'я це мультидисциплінарний комплексний моніторинг, побудований на синергетичній методології та спрямований на встановлення причинно-наслідкових зв'язків в системі «оточуюча середина-суспільство-

особистість» з метою забезпечення високого рівня адаптивного професіогенезу, ментального здоров'я і якості життя населення.

Концептуальна модель системного моніторингу ментального здоров'я полягає в розробці методології та організації моніторингу; проведенні моніторингу психічних розладів; формуванні інтегральної інформаційної бази; оцінці результатів і прогнозуванні; формуванні стратегії управління ризиками; розробці багаторівневих профілактичних програм.

Системний моніторинг вимагає вирішення наступних стратегічних завдань: отримання реальних показників поширеності психічних недуг; створення єдиної бази даних і реєстрів психічних розладів; розробка багаторівневих профілактичних програм; підвищення економічної ефективності. Необхідність системного моніторингу ментального здоров'я продиктована вирішенням питань ранньої ефективної профілактики психічних розладів. Медикопсихосоціальна допомога при психічних розладах, розроблена на основі синергетичної концепції, включає медичний, психологічний і соціальний блоки і передбачає участь мультидисциплінарних бригад в профілактиці, корекції та реабілітації. Синергетична концепція психічних розладів дозволяє організувати профілактику ще на субклінічному рівні.

ВИСНОВКИ

Нові напрямки вдосконалення медичної допомоги в системі охорони та зміцнення здоров'я населення відображають прагнення до синтезу, інтеграції наукових і практичних досягнень міждисциплінарного характеру. Все виразніше помітний пильний інтерес фахівців до проблем особистості, психіці пацієнта і їх співвідношенню з патологією людини, до зростаючої потреби в поповненні дефіциту знань клінічної психології, необхідності переосмислення самого процесу лікування.

Питання поліпшення якості медичної допомоги на пряму пов'язані з взаємодією загально соматичних і психіатричних дисциплін. Історичне роз'єднання, яких ізолював вивчення тілесних функцій людини від дослідження його психічних функцій, чітко виявивши дискусійність і відсутність єдиного розуміння сутності зв'язків вивченні патологічних процесів, їх клінічної та оціночної інтерпретації, технологій і методів лікування.

Проблема взаємини психічного і соматичного - одна з найбільш складних і невирішених, незважаючи на безперервний інтерес до цієї сторони людської природи багатьох поколінь лікарів різних спеціальностей. До 50% пацієнтів терапевтичного профілю потребують спеціалізованої психофармакологічної або психотерапевтичної допомоги. Забезпечення доступності та наближення психіатричної допомоги населенню вимагає взаємодії окремих її форм з системою загальної медичної мережі, інтеграції, перш за все, в територіальні поліклініки.

Запитами сучасного життя продиктовані створення нових організаційних форм надання медичної та профілактичної допомоги, розробка нових підходів до оцінки стану здоров'я людини, що включає поняття «якість життя» як один із критеріїв, заснованих на інтеграції соматичної і психіатричної медицини. З точки зору цілісного психосоматичного підходу, значимість проведених досліджень обумовлена поширеністю психічних порушень, а також захворювань внутрішніх органів, співвідношення яких розглядається як біопсихосоціальна модель вивчення взаємодії соматичних, психічних і соціальних факторів.

Психіатрія, заснована на синергетичної методології, дозволить вирішити ряд актуальних проблем, наявних в сучасному охороні здоров'я:

- розробити і впровадити технології системного моніторингу ментального здоров'я, що доповнюють і змінюють традиційну диспансеризацію, що дозволяють оцінювати якість життя і

соціальнонефункціонування, забезпечувати адаптивний професіогенез і відхід від анахронізму психіатричної стигматизації;

- розробити організаційні форми надання допомоги як особам з труднощами адаптації, так і пацієнтам з психічною патологією;

- розробити єдині підходи до скринінгу, раннього виявлення та діагностики психічних і розладів, до превентивно-корекційної та лікувально-реабілітаційної тактиці;

- організувати прогнозування і первинну профілактику психічних розладів ще на субклінічному рівні;- реалізувати на практиці синергетичний інтегративну модель надання медикопсихосоціальної допомоги мультидисциплінарних бригадами, що включають лікарів загальної практики, психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів, фахівців із соціальної роботи, соціальних працівників і ін .;

- професіоналізувати ментальну превентологію і реабілітологію з виділенням спеціальностей «превентології» і «реабілітолог»;

- розробити єдиний методологічний підхід і технології зміцнення ментального здоров'я і лікування ментальних недуг;

- розробити нові технології в комбінованій соматотерапії і психофармакотерапії, соціотерапії і психотерапії, що запускають саногеничні механізми;

- розширити застосування саногеничні терапії клієнтів і пацієнтів в загальносоматичні мережі;

- посилити базову підготовку лікарів загальносоматичні профілю в області ментального здоров'я.

Непсихотичні психічні розлади складають в даний час приблизно половину всіх психічних розладів. Клінічний патоморфоз психопатології виражається в зростанні частоти соматизованих форм. Це підкреслює актуальність активного міждисциплінарного взаємодії фахівців різного профілю при наданні допомоги хворим з психічними розладами.

Останнім часом активно впроваджується біопсихосоціальна парадигма в медицині, яка передбачає врахування всіх складових в лікуванні і реабілітації хворих. Однак до сих пір мало приділяється уваги первинну профілактику психічних розладів. Не розроблено принципи діагностики і корекції розладів так званого субклінічного рівня.

У доповіді ВООЗ (2002) в якості однієї з першорядних завдань наголошувалося на необхідності своєчасної діагностики та адекватної терапії непсихотичних психічних розладів, пов'язаних з соматичними розладами, яку пацієнт повинен отримувати, перш за все, в установах загальної лікарської практики. З огляду на цей факт, синергетичний підхід в наданні допомоги хворим повинен стати основоположним.

Ментальна екологія з'явилися стратегічним відповіддю медичної науки на актуальні виклики нових витків глобальної кризи потребуючих радикальної зміни концептуально-методологічних і технологічних основ зміцнення ментального здоров'я, а також модальності громадського і професійного свідомості: зміни песимістично-катастрофічною парадигми сприйняття світу на ресурсотворчу життєву стратегію, що зумовлює адаптивний професіогенез і сталий розвиток.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко [та ін.] ; за заг. ред. С. Д. Максименка ; рец.: О. Д. Спіріна, Л. Ф. Бурлачук, Г. О. Бондаренко. - 2-ге вид. - К. : Слово, 2014. - 520 с.
2. Посттравматичні стресові розлади : навч. посіб. / Б. В. Михайлов [та ін.]. - Х. : ХМАПО, 2014. - 285 с.
3. Психіатрія і наркологія : підручник / В. Л. Гавенко [та ін.] ; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. - 2-е вид., переробл. и доп. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 512 с.

4. Психіатрія і наркологія : підручник / Г. Т. Сонник [та ін.] ; за ред. О. К. Напрєєнка. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 424 с.
5. Сонник Г. Т. Психіатрія : підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. - К. : Здоров'я, 2006. - 432 с.
6. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці-сімейній медицині : навч. посіб. / Б. В. Михайлов [та ін.]. - Х. : ХМАПО, 2014. - 285 с.

Додаткова

1. Абабков В. А. Психотерапія / В. А. Абабков, Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2012. – 672 с.
2. Ананьев В. А. Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
3. Вайнер Э. Н. Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер - М.: Флинта : Наука, 2005. – 416 с.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапія / Б. Д. Карвасарский. – 3-е изд. – СПб: Питер, 2008. – 672 с.
5. Психотерапія : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. - Х.: Око, 2002 - 768 с.
6. Смулевич А. Б. Расстройство личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное пространство, 2012. – 336 с.
7. Смулевич А. В. Депрессия в общей медицине. Руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информагентство, 2007. – 256 с.
8. Трубецков Д. И. Введение в синергетику. Хаос и структуры / Д. И. Трубецков. – М. : Едиторная УРСС, 2004. – 2004 с.

9. Хакен Г. Синергетика. Иерархия неустойчивостей в самоорганизующихся системах и устройствах / Г. Хакен – М.: Мир, 1985. – 419 с.
10. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология / С. Ю. Циркин. - М.: Бином, 2009. – 216 с.
11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд., стереотипн / В. В. Чугунов. – К.: Здоров'я; Х.: Око = Наука, 2008. – 768 с.
12. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия : хрестоматия / Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкий. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
13. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006, - 472 с.