

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

На основе анализа зарубежной литературы и результатов собственных исследований 200 семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, научно обоснована концепция медико-психологического сопровождения такой семьи, ее структура, мишени и содержание. Система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития состоит из психодиагностического, реабилитационного этапов (стадии активной интервенции и суппортивной поддержки) и этапа оценки эффективности. Доказано, что реализация комплексного подхода в осуществлении медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с задержкой психического развития, позволяет нормализовать психологический статус членов семьи, оптимизировать интеграцию ребенка в учебный процесс, восстановить соматическое и психическое здоровье членов семьи, усовершенствовать взаимоотношения «семья — социум», гармонизировать семейное взаимодействие, в общем, улучшить качество жизни и социальное функционирование всех членов семьи.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, семья, ребенок с нарушением психического развития

Семья — приоритетная ценность любого общества. Отношение государства к проблеме поддержки и развития семейных ценностей, тенденции, характеризующие состояние института семьи, являются показателями общего состояния и перспектив развития государства [1, 2].

Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, для которых характерен высокий уровень проявления «проблемности». Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в обществе в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок.

Семейную систему можно рассматривать как единое образование, обладающее определенными особенностями структуры, функционирования и развития [3]. В семейной системе все взаимосвязано, и при повреждении любого одного ее звена возникают реперкуссии во всех остальных. Таким «повреждающим» семейную систему фактором может явиться наличие в семье ребенка с ограниченными возможностями, в частности, с нарушением психического развития. Общеизвестным является тот факт, что наличие в семье больного не оставляет интактным никого из ее членов, нарушая равновесие во взаимоотношениях [4].

Таким образом, семья, в которой воспитывается ребенок с нарушением психического развития (НПР), оказывается особой группой, которой соответствует присущая только для нее атмосфера межличностных отношений. Эти отношения по-разному проявляются и в различной степени влияют на развитие ребенка, течение его заболевания, а также общее психическое состояние самих родителей [5, 6].

«Образ ребенка» и связанная с этим степень несоответствия ему конкретного ребенка во многом определяется общими ценностями и установками общества. В частности, современная культура ориентирована на социальные достижения, большую степень включенности человека в со-

циальные контакты, его интеллектуальные достижения. Подобные социокультурные традиции и общественные ценности способствуют тому, что психическое нарушение ребенка является сильнейшей психологической травмой для родителей. Усугубляет положение семьи и зачастую негативное отношение общества к психически неполноценным людям. В иерархии различных видов патологии психические нарушения стоят очень низко. К переживаниям, связанным с состоянием ребенка, у многих родителей добавляется чувство вины, стыда, смущения за ребенка, родители предпочитают не афишировать, что он имеет отклонения в развитии.

В жизнедеятельности таких семей имеет место ряд закономерностей:

а) нарушение взаимодействия с социумом (родные, знакомые, врачи, педагоги и др. специалисты), замыкание в своей семье, неадекватная реакция на врачебные и педагогические рекомендации, конфронтация с детскими дошкольными учреждениями;

б) нарушение внутрисемейных отношений, в особенности супружеских. Как правило, в этом случае позиция отца меняется сильнее: отцы болезненнее переживают, что его ребенок болен и что он находится в ситуации «заброшенного»;

в) нарушение репродуктивного поведения, характерного для данного типа семьи: в случае даже небольшого риска рождения ребенка с той же патологией супруги принимают решение не иметь больше детей, и наоборот;

г) формирование неверных установок на лечение и воспитание ребенка. Необратимость диагноза и вытекающих из него последствий признается не всеми родителями и не сразу. На словах соглашаясь с врачами и специалистами, родители тратят огромные силы и средства на «хождение по кругу специалистов», надеясь, что диагноз не подтвердится. Не иссякает надежда и на чудодейственные лекарства, возможности лечения, которые помогут изменить состояние ребенка [7].

Современными исследователями, с одной стороны, постулируется необходимость изучения такой семьи как системы, которая сама по себе требует психологической помощи из-за стресса, вызванного появлением в семье особого ребенка [8—11]. С другой стороны, такую семью рассматривают как среду, в которой растет и развивается особый ребенок, помогающую или препятствующую его адаптации и социализации: родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным окружением и формируют дезадаптивные характерологические черты личности [12, 13].

Тесная связь между этими двумя подходами самими исследователями далеко не всегда осознается, хотя очевидно, что только в психологически благополучной семье особый ребенок может получить то, что ему необходимо для вхождения в социум и дальнейшей как можно более полноценной жизни. Таким образом, в условиях дисфункциональности отношений образуется порочный круг взаимопотенцирующих негативных воздействий, реализующихся в рамках семьи.

В связи с этим одним из ведущих *locus minoris resistentia*, обуславливающих отсутствие фрустрационной толерантности и низкий реабилитационный потенциал таких семей, является многоуровневое нарушение семейного взаимодействия, имеющее место в большинстве подобных случаев [8, 9, 14—19].

Учитывая вышеизложенное, сегодня уже очевидным стал тот факт, что успешная работа с детьми, имеющими психофизические недостатки, невозможна без включения в поле коррекционного воздействия семьи, воспитывающей ребенка. Разработка основ такой работы становится, таким образом, одним из важнейших направлений в системе медицинских, психологических и педагогических наук.

Зарубежный опыт [20—24] подсказывает, что работа с семьей ребенка с НПР должна быть направлена на:

- оказание квалифицированной психологической поддержки родителям;
- создание необходимых условий для активного участия родителей в воспитании и обучении ребенка;
- оказание помощи близким взрослым с целью создания комфортной для развития ребенка семейной среды;
- формирование адекватных взаимоотношений между взрослыми и их детьми.

Медико-психологическая помощь в данном случае должна быть конструктивной и динамической, основанной на принципах комплексного подхода к организации реабилитационного процесса, единства диагностики и коррекции, сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, учета интересов родителей и детей.

К сожалению, в настоящее время в нашей стране государственная система медико-психологической поддержки семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, так же, как и единая государственная политика в данной области, отсутствует. В этом контексте разработка концептуального подхода по оказанию психологической помощи семье ребенка с НПР является актуальной и необходимой.

Под концепцией медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, мы понимаем системный подход, позволяющий оказать такой семье комплексную помощь, включающую психологическое изучение, активную медико-психологическую, педагогическую и социальную реабилитацию, а также мероприятия поддерживающего характера, что, по нашему мнению, позволит оптимизировать семейное взаимодействие на уровнях «супруг — супруга», «родитель — ребенок», «семья — социум» и, как следствие, — решить проблему в двух плоскостях: улучшить состояние ребенка с НПР, а также повысить качество жизни его родителей.

В результате комплексного изучения 200 семей, воспитывающих ребенка с НПР (у 82 % детей диагностированы нарушения кластера F 8 — расстройство психологического развития, у 18 % — кластера F 7 — умственная отсталость), осуществленного с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 в период 2006—2010 гг., на основании анализа особенностей семейного функционирования в различных плоскостях семейного взаимодействия, индивидуально-психологических особенностей супругов и их детей, выявления взаимосвязей между вышеуказанными параметрами, а также их роли в генезе нарушения семейных отношений, нами разработана система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР (рис. 1).

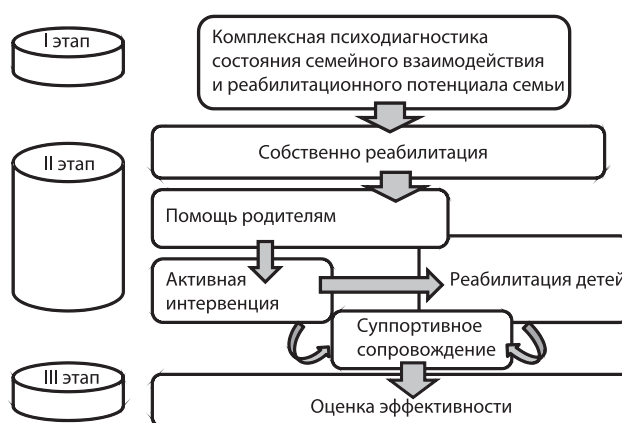


Рис. 1. Система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка

При определении содержания I (психодиагностического) этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, в которой растет ребенок с НПР, на основании сформулированных В. Такаевой (2004—2007) принципов психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [12, 14, 20], а именно:

- комплексности и многоаспектности изучения проблем семьи,
- гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку,
- конфиденциальности и профессиональной этики,
- выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на внутрисемейную атмосферу и развитие ребенка,
- учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, с учетом данных литературы [6—8, 10, 12, 14, 21, 23], а также результатов собственных исследований [18, 19, 25], в качестве задач данного этапа, нами выделены следующие:
- выявление внутрисемейных факторов, как способствующих, так и препятствующих гармоничному существованию членов семьи и развитию в семье ребенка с НПР;
- определение причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения;
- определение неадекватных типов родительско-детского взаимодействия и деструктивных форм общения в семье;
- определение путей гармонизации семейного взаимодействия.

Для решения вышеуказанных задач нами выделены психодиагностические блоки, направленные на изучение следующих параметров:

- уровень психологического благополучия ребенка и состояние психического здоровья родителей;
- напряженность семейных отношений, степень супружеской конфликтности;
- характерологические и личностные особенности родителей;
- тип взаимодействия «Родитель — Ребенок»;
- состояние супружеской коммуникации, успешность функционирования семьи, вариант семейного взаимодействия.

Разработка II (непосредственно реабилитационного) этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, в которой растет ребенок с НПР, проводилась на основании модифицированных нами существующих

принципов психокоррекційної роботи з дітьми та їх батьками [20], а саме:

- гуманістичної спрямованості психокоррекційної допомоги;
- інтегративного використання різноманітних засобів, методів та прийомів психокоррекційного впливу;
- гармонізації внутрішньої атмосфери (розв'язання особистих та міжособистих конфліктів між членами родини);
- надання особисто-орієнтованої допомоги;
- формування позитивного ставлення до дитини (формування позитивних ціннісних орієнтацій та установ до батьків дитини, прийняття її порушень членами родини);
- підвищення педагогічної грамотності, психологічної компетентності та загальної культури батьків;
- єдності взаємодії родини, психолого-психіатричної служби та освітніх закладів.

Через проведення комплексного вивчення психологічних особливостей подружжя на особистому, міжособистому та батьківсько-дитячому рівнях функціонування, встановлення різних варіантів родинної взаємодії, формуються в родині з «особливим» дитиною, нами визначені структура та зміст реабілітаційного етапу системи медико-психологічного супроводження родини, виховуючої дитину з ННР (рис. 2).

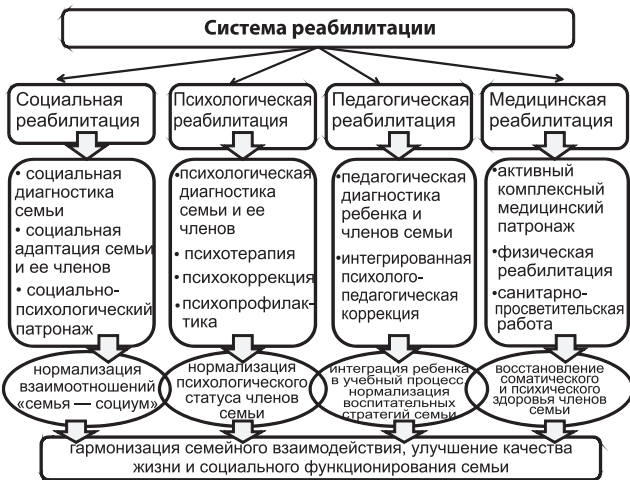


Рис. 2. Структура реабілітаційного етапу системи медико-психологічного супроводження родини, виховуючої «особого» дитини

Як вказано на рис. 1, реабілітаційний етап системи медико-психологічного супроводження родини, виховуючої «особого» дитини, включає дві стадії: активної інтервенції та супортного супроводження. Стадія активної інтервенції включає в себе (рис. 3):

- 1) нормалізацію психічного стану батьків, корекцію їх дезадаптивних емоційно-особистих установок;
- 2) нівелювання негативних характерологічних та особистих особливостей подружжя;
- 3) нормалізацію міжособистісної подружньої комунікації, зниження і/або трансформація подружньої конфліктності, нейтралізація деструктивних форм поведінки, формування навичок адекватного спілкування з партнером та оточуючим світом;
- 4) формування адекватних батьківсько-дитячих відносин: інформування батьків про характер

психічного розладу у дитини, а саме, клінічної тяжкості стану, течії, причин, можливих наслідків, характеру лікування; підвищення активності батьків у лікувально-реабілітаційному процесі; корекцію звичних неконструктивних емоційних, когнітивних та поведінкових стратегій у відношенні дитини;

5) відновлення функціональності родини, гармонізацію родинної взаємодії на всіх рівнях її організації.

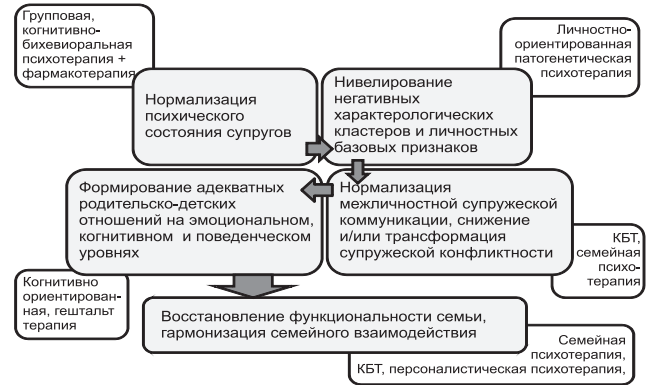


Рис. 3. Мішені та зміст стадії активної інтервенції реабілітаційного етапу системи медико-психологічного супроводження родини, виховуючої «особого» дитини

Стадія супортного супроводження складається з:

- а) моніторингу стану родинної взаємодії,
- б) підтримки та підкріплення позитивних змін у родині, наслідком активної реабілітаційної роботи,
- в) оптимізації взаємодії «родині — суспільству» (рис. 4).

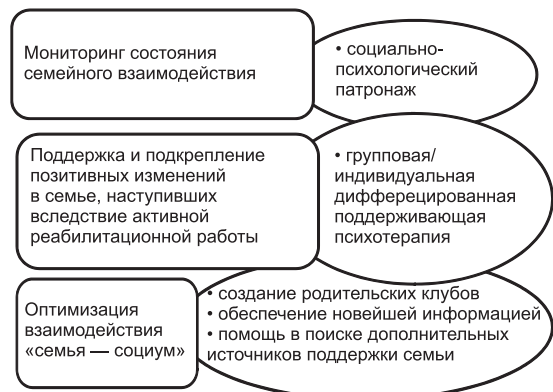


Рис. 4. Зміст стадії супортного супроводження реабілітаційного етапу системи медико-психологічного супроводження родини, виховуючої «особого» дитини

Обобщаючи вищесказанне, можна сформулювати основні концептуальні положення медико-психологічного супроводження родини, виховуючої «особого» дитини.

1. Створення системи медико-психологічного супроводження родини, виховуючої дитину з ННР, є одним з найважливіших умов, що забезпечують прийнятний рівень якості життя та соціального функ-

ционирования родителей, а также необходимый уровень социально-психологической адаптации детей с психофизическими нарушениями.

2. Разработка проблемы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, является важным направлением в системе медицинских, психологических и педагогических наук. Через оптимизацию и трансформацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений решается проблема оказания дифференцированной и адресной помощи ребенку с НПР, а также коррекционной и консультативной помощи его родителям.

3. Система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, должна быть конструктивной и динамичной, основанной на принципах комплексного подхода к организации реабилитационного процесса, единства диагностики и коррекции, сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, учета интересов родителей и детей.

4. Каждая семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии, имеет право на получение комплексного медико-психологического сопровождения, включающего психологическую диагностику и реабилитационные мероприятия активного и поддерживающего характера.

5. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с НПР, является этапной системой мероприятий, состоящей из психодиагностической и реабилитационной составляющих. Такая структура снижает фрустрационную нагрузку членов семьи, повышает ее реабилитационные возможности и позволяет индивидуализировать подход к ребенку.

6. Реализация комплексного системного подхода в осуществлении медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, позволяет нормализовать психологический статус членов семьи, оптимизировать интеграцию ребенка в процесс обучения и выбор адекватных воспитательных стратегий семьи, хотя бы частично восстановить соматическое и психическое здоровье членов семьи, усовершенствовать взаимоотношения «семья — социум», гармонизировать семейное взаимодействие и в целом улучшить качество жизни и социальное функционирование всех членов семьи.

Список литературы

1. Кристаль В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кристаль // Медицинская психология. — 2007. — Т. 1, № 2. — С. 3—8.
2. Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — № 1. — С. 91—94.
3. Ветрила Т. Г. Успешное функционирование семейной системы как основа развития и становления гармоничной личности / Т. Г. Ветрила // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. — 2008. — № 2 (14). — С. 27—31.
4. Ряполова Т. Л. Анализ семейной тревоги в семьях больных аффективными расстройствами / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2005. — № 1 (15). — С. 24—26.
5. Лидерс А. Г. Семья как психологическая система. Очерки психологии семьи / А. Г. Лидерс. — Москва-Обнинск: ИГ-СОЦИН, 2004. — 294 с.
6. Полоухина Е. А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Е. А. Полоухина. — СПб., 2009. — 20 с.
7. Тулегенова С. Ю. Психологический микроклимат в семье и особенности родительского отношения к детям с ограниченными психическими возможностями / С. Ю. Тулегенова, Г. К. Тулегенова, С. К. Кудайбергенова // Тезисы Второй всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской

семьи» (25—27 октября 2005 г.). В 3-х частях. — 2 часть ; под общ. ред. д-ра психол. наук В. К. Шабельникова и канд. психол. наук А. Г. Лидерса. — М., 2005. — С. 261 — 263.

8. Майрамян Р. Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р. Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. ; под ред. В. М. Банщикова, Н. М. Шибанова. — М., 1974. — Т. 2. — С. 295— 297.

9. Забабурина О. С. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития: Пособие для педагогов-психологов / О. С. Забабурина, О. В. Максименко, Е. А. Савина ; под ред. Савиной Е. А., Максименко О. В. — М.: Владос, 2008. — 223 с.

10. Boyce G. C. Child Characteristics, Family Demographics and Family Processes: Their Effects on the Stress Experienced by Families of Children with Disabilities / G. C. Boyce, D. Behl // Counseling Psychology Quarterly, 0951-5070. — December 1, 1991. — Vol. 4, Issue 4. — EBSCOhostPsycINFO Database.

11. Hornby G. Disability and the Family: Current Status and Future Developments / G. Hornby, M. Seligman // Counseling Psychology Quarterly, 0951-5070. — December 1, 1991. — Vol. 4, Issue 4. — EBSCOhostPsycINFO Database.

12. Ткачева В. В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование / В. В. Ткачева. — М.: Книголюб, 2007. — 144 с.

13. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография / И. К. Шац. — М.: Речь, 2010. — 192 с.

14. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК Психология, 2004. — 192 с.

15. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия / авт.-сост. И. В. Добряков, О. В. Заширинская. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.

16. Андриенко О. Ю. Изменение социальных функций и ролевых отношений в семьях с детьми с ограниченными возможностями : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. социол. наук: спец. 22.00.04 — социальная структура, социальные институты и процессы / О. Ю. Андриенко. — Хабаровск, 2008. — 23 с.

17. Грошева Е. В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» (психологические науки) / Е. В. Грошева. — СПб., 2009. — 21 с.

18. Ветрила Т. Г. О взаимосвязи между состоянием семейных отношений и психического здоровья родителей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, и их детей / Т. Г. Ветрила, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 3 (60). — С. 28—35.

19. Ветрила Т. Г. Особенности функционирования семьи и коммуникации супругов, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / Т. Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — № 1. — С. 48—62.

20. Ткачева В. В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии : автореф. на соискание уч. степени д-ра психол. наук: спец. 19.00.10 «Коррекционная психология» / В. В. Ткачева. — Моск. гос. открытый пед. ун-т им. М. А. Шолохова. — Н. Новгород, 2005. — 46 с.

21. Tam S.-F. Self-concepts of parents with a child of school age with a severe intellectual disability [Electronic resource] / S.-F. Tam, A. Cheng // Journal of Intellectual Disabilities. — 2005. — V. 9. — P. 253. — Access mode: <http://jidd.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/3/253>.

22. Noller P. Close family relationships: Functions, forms and processes / P. Noller, J. A. Feeney (eds). — New York: Psychology Press, 2006. — 400 p.

23. Lloyd H. Solution-focused Brief Therapy with families who have a child with intellectual disabilities: a description of the content of initial sessions and the process [Electronic resource] / H. Lloyd, R. Dallos // Clinical Child Psychology and Psychiatry. — 2006. — V. 11; 3. — P. 367. — Режим доступа: <http://ccp.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/367>.

24. Moloney L. Meaningful relationships: Of law, love and biology / L. Moloney // Journal of Family Studies. — 2009. — V. 15, Issue 1. — P. 2—8.

25. Маркова М. В. О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 38—45.

Надійшла до редакції 29.06.2010 р.

Т. Г. Ветрила

Євпаторійська міська лікарня № 2;
Харківська медична академія післядипломної освіти

Наукове обґрунтування концепції медико-психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку

На основі аналізу зарубіжної літератури та результатів власних досліджень 200 родин, що виховують дитину з порушенням психічного розвитку, науково обґрунтована концепція медико-психологічного супроводу такої сім'ї, її структура, мішені та зміст. Система медико-психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, складається з входодіагностичного, реабілітаційного етапів (стадії активної інтервенції та суппортивної підтримки) та етапу оцінки ефективності. Доведено, що реалізація комплексного підходу у здійсненні медико-психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з затримкою психічного розвитку, дозволяє нормалізувати психологічний статус членів родини, оптимізувати інтеграцію дитини в навчальний процес, відновити соматичне та психічне здоров'я членів родини, удосконалити взаємовідносини «сім'я — соціум», гармонізувати сімейну взаємодію, загалом, покращити якість життя та соціальне функціонування усіх членів родини.

Ключові слова: медико-психологічний супровід, сім'я, дитина з порушенням психічного розвитку.

T. G. Vetrila

Yevpatoryan hospital № 2;
Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education

Scientific rationale for the concept of medical and psychological support of family, which brings up a child in violation of the psychological development

The analysis of foreign literature and the results of research of 200 families that bring up a child in violation of psychological development, the concept of evidence-based medical and psychological support of the family, its structure, targets and contents were scientifically based. The system of medical and psychological support of family, which brings child in violation of the psychological development is composed of psychodiagnostic, rehabilitation stages (active intervention and support stages) and evaluation phase. Proved that an integrated approach in implementing the medical and psychological support of family, raising a child with mental retardation, to normalize the psychological status of family members, to optimize integration of the child in the educational process, restore somatic and mental health of family members, improve the relationship "Family — Society", harmonize family interaction, in general, improve the quality of life and social functioning of all family members.

Keywords: medical and psychological support, family, child with violation of psychological development.

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

В. А. Демченко, головний лікар

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В АСПЕКТІ НЕОБХІДНОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНИТАРНУ МЕРЕЖУ

Шляхом анкетування і скринінгового вивчення 2894 пацієнтів Центральної поліклініки одного з районів м. Києва, виявлено 816 пацієнтів з психічними розладами. На підставі їх дослідження встановлена нозологічна структура, виділені синдромальні і симптоматичні клініко-психопатологічні особливості психічних розладів, властивих пацієнтам амбулаторної ланки загальносоматичної мережі. Зроблено висновки про необхідність інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну мережу.

Ключові слова: психічні розлади, загальносоматична мережа, інтеграція

Згідно з висновками ВООЗ (2000), до першочергових завдань щодо покращання психічного здоров'я належить «...забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям» [1].

Вивченню питання надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам загальносоматичної мережі певна увага приділялася дослідниками і у минулі десятиліття, і в останні роки. Ще на початку 80-х років минулого століття Всесвітня Організація Охорони здоров'я (ВООЗ) призвала до всілякого розвитку позалікарняної психіатричної служби, розширення мережі психіатричних відділень на базі соматичних лікувальних установ і підготовці фахівців в галузі психосоматичної медицини. Особлива увага, на думку розробників програми, при цьому повинна приділятися депресії, яка часто супроводжує соматичні захворювання.

За даними європейських дослідників в останні десятиліття минулого сторіччя поширеність психічних захворювань серед вибірових груп пацієнтів загального профілю складала: в Англії — 22 %, у Німеччині — 23,2 %,

в Австралії — 14,8 %, у Норвегії — 26,6 %, у Нігерії — 22,4 %. При проведенні загальномедичних оглядів населення в Канаді психічні відхилення виявлені в 49,9 % жінок і 50,1 % чоловіків [2, 3].

За даними закордонних авторів, до третини пацієнтів лікарів загальної практики становлять пацієнти із психічними розладами, і лише 2—4 % з них потрапляють в поле зору психіатрів [4].

Інші дослідження показують, що близько 40 % хворих із психічними розладами взагалі б залишилися без будь-якої спеціалізованої допомоги, якби вона не забезпечувалася в загальномедичному центрі, й тільки 5,5 % пацієнтів звернулися б по допомогу до лікарів психіатричного профілю самостійно [5—7].

А. Б. Смулевич із співавторами вказують на те, що від 30 до 70 % пацієнтів, що постійно відвідують лікарів загальної практики, є пацієнти з афективними, невротичними й соматоформними розладами, головними болями, напруженнями та розладами сну. Через недостатню підготовленість у психіатрії лікарі-інтерни не діагностують ці розлади, що приводить до численних та неінформативних параклінічних досліджень, подорожчання обстеження, це в свою чергу затягує лікування та на тривалий час знижує якість життя, працездатність і соціальне функціонування пацієнтів [8].

На думку сучасних українських дослідників, потенційними пацієнтами психіатра та психотерапевта є від 33 до 64 % відвідувачів загальносоматичних поліклінік, а 70 % пацієнтів загальносоматичних стаціонарів потребують або консультації, або лікування лікаря-психіатра (психотерапевта) [9—18]. При цьому до «свого» лікаря, тобто до психіатра або психотерапевта, ці пацієнти потрапляють, у середньому, лише на 7—9 рік від початку захворювання, а весь цей час вони обслуговуються лікарями загальної практики — терапевтом, невропатологом, ендокриноло-