ПСИХОЛОҐІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОҐІЯ, НАРКОЛОҐІЯ

КРИЗОВА ІНТЕРВЕНЦІЯ ЯК МЕТОД ТЕРАПІЇ З РЕВНОЩАМИ

Гуль І. Р.
м. Львів, Приватна психотерапевтична практика

Як відомо, проблема ревнощів була і є актуальною. Особливо сьогодні, коли тисячі сімей з України розкидані по світах, вона набуває найбільш загрозливих проявів і потребує нових методів терапії, зокрема кризової інтервенції.

Для втілення програми кризової допомоги складався план моделі для вирішення проблеми, який передбачає:

- виявлення проблеми, відновлення картини події і доступне пояснення клієнту травматичних наслідків;
- збір певного анамнезу: необхідно вияснити, чи звертався такий клієнт за допомогою до інших фахівців, що саме було пропрацьовано і яких результатів досягнуто;
- допомога в пошуку шляхів виходу з кризового стану.

Враховуючи гостроту проблеми, в роботі з такими клієнтами, ключовим є недопущення чи зведення до мінімуму виникнення посттравматичного стресового розладу, не тільки в короткому, але й у віддаленому періодах (Гуль І. Р., Гуль М. Ю., 2022).

Метою нашого дослідження було застосування кризової інтервенції, яка як відомо, визначається як екстрена і невідкладна психологічна швидка допомога, спрямована на повернення людини до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативної дії травмівної події.

В ході роботи з клієнтами застосовували кризове консультування з арттерапією. Це дало можливість пережити та прийняти клієнтам набутий травмівний досвід через вираження сильних болючих емоцій, проговорення і переосмислення в сприятливій емпатійній і підтримуючій обстановці актуальних гострих емоцій та проблем, підвищення адаптації в нових умовах і спільний пошук реальної, досяжної мети для подальшого виходу з кризи.

Висновки

- метод кризової психотерапії є дієвим, має позитивні результати в подоланні травми;
- має важливе значення в профілактиці посттравматичного стресового розладу;
- потребує подальшого дослідження так як є перспективним у роботі психотерапевта.

РОЛЬ ЦЕНТРІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УПРАВЛІННІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗА УЧАСТЮ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Островський М. М.
м. Львів, Центр психічного здоров'я КНП "5МКП м. Львова", Українське Лікарське Товариство у Львові

Перехід медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засади сімейної медицини (СМ) в Україні спонукає до інноваційних процесів. Адже сім'я як багаторівнева і багатофункціональна система і найближче біологічне та соціальне оточення сприяє формуванню взаємовідносин у відповідній рольовій взаємодії членів родини [2]. Саме ці взаємовідносини і впливають на розвиток рівня організації особистості. При емпатичних стосунках особистість розвивається гармонійно, що сприяє формуванню і збереженню психічного здоров'я.

Співпраця психотерапевтів із сімейними лікарями вивчалася на базі амбулаторії сімейної медицини АСМ КНП "5МКП м. Львова", яка надає ПМСД для 12 тис. населення силами 9 сертифікованих сімейних лікарів.

До предмету обстеження бралася поєднана (коморбідна) патологія: депресія і гіпертонічна хвороба. Перед початком нашого дослідження аналіз документації всіх хворих на гіпертонічну хворобу, які знаходились під спостереженням сімейних лікарів АСМ, показав, що діагноз депресії був виставлений та відповідно отримували лікувально-реабілітаційну роботу з приводу цієї патології лише 2 % хворих. У всіх хворих на депресію цей діагноз вперше був виставлений психотерапевтами, до яких хворі звертались за власною ініціативою чи за порадою рідних,

близьких чи знайомих. Враховуючи дослідження; опубліковане у "Форумі психіатрії і психотерапії" 2000 р., що пацієнти у м. Львові з приводу емоційних проблем у більшості випадків звертаються за допомогою до членів своїх родин (69,9 %) та друзів (43,7 %) і лише у 21,4 % – до сімейних лікарів, можна зробити висновок, що необхідно провести значну навчальну і виховну роботу як серед населення, так і серед сімейних лікарів щодо відповідального ставлення до такої патології, як депресія, і своєчасного звертання за допомогою до лікарів.

У практиці психосоматичних розладів обов'язково аналізуються чинники, котрі важливі для формування терапевтичних цілей, а саме, рівень розвитку людини, особистісні риси, шкільні, професійні, родинні ситуації. Крім того, у дослідженні психосоматичного розладу вирішуються конкретні проблеми ведучого афекту в об'єктних стосунках (відносини що формуються між матір'ю і дитиною у ранній довербальний період розвитку та впливають на психіку протягом всього подальшого дорослого життя). Тому психосоматичні розлади, зумовлені спадковою схильністю, провокуються порушенням емоційного клімату в сім'ї та сильними переживаннями в дорослому житті.

Сімейний лікар найчастіше першим з лікарів зустрічається з психосоматичними розладами. В Україні, з її тяжкими економічними проблемами і умовами, зумовленими війною, на депресію та інші психічні розлади страждає значно більша частина осіб, ніж в інших європейських країнах. Згідно з Державною комплексною програмою розвитку психічного здоров'я [3], близько 1/3 хворих, які звертаються в ПМСД, мають проблеми психосоціального кола і сімейні лікарі повинні бути дієвою ланкою щодо виявлення найбільш поширених психічних розладів, які не усвідомлюються пацієнтами як психічні проблеми.

У переважній більшості випадків емоційних розладів хворі намагаються отримати допомогу у сімейного лікаря. Однією з методологічних помилок сімейних лікарів є те, що до можливості діагностики проявів депресії вони приступають лише в кінці процесу виключення будь-якої соматичної патології, після виснажливого, як для хворого, так і для лікаря, масиву лабораторних та інструментальних досліджень, а також консультацій різних спеціалістів. У випадках, коли хворий пред'являє численні соматичні скарги, відмічає стійкі больові симптоми або незрозумілу слабкість чи втомлюваність, сімейний лікар повинен мати на увазі ймовірність депресивного чи іншого психічного розладу від самого початку захворювання [2].

На сучасному рівні підготовки сімейних лікарів та їхньої практичної роботи явно недостатніми виглядають заходи щодо раннього виявлення емоційних розладів і організації психологічної та психотерапевтичної допомоги на рівні фахівців СМ. Однак 95 % респондентів, опитаних у Львові, мають бажання, щоб сімейний лікар надавав їм допомогу у вирішенні психологічних проблем, в тому числі й емоційних розладів.

Досвід провідних країн світу [1] показує, що сімейні лікарі повинні мати фундаментальну підготовку в галузі медичної психології та психотерапії. Однак під час підготовки сімейних лікарів як на додипломному етапі, так і в інтернатурі, а також на 6-місячних курсах перепідготовки сімейних лікарів на факультетах післядипломної освіти недостатньо уваги приділяється формуванню, збереженню, зміцненню і відновленню психічного здоров'я та психологічній допомозі окремим пацієнтам.

На основі аналізу роботи сімейних лікарів КНП "5МКП м. Львова" і фахівців Центру психічного здоров'я (психіатр, психолог, психотерапевт), які співпрацюють у тісному професійному контакті, згідно з Концепцією розвитку психічного здоров'я України до 2030 року [4], ми прийшли до узгодженої з сімейними лікарями думки про необхідність продовження заходів щодо безперервного професійного розвитку останніх у галузі формування, збереження, зміцнення і відновлення психічного здоров'я населення. З цією метою плануються щомісячні заняття у вигляді лекцій, семінарів і тренінгів 62 сімейних лікарів та їхніх медичних сестер з проблем психічного здоров'я в програмі MHgap. Особлива увага буде сконцентрована в процесі безперервного професійного розвитку фахівців СМ на питаннях емоційних розладів, ранньої діагностики, профілактики, психотерапії депресії при наданні ПМСД на засадах сімейної медицини. Поглиблена підготовка фахівців СМ з проблем психічного здоров'я у процесі їхнього безперервного професійного розвитку розпочиналася ще з обласної цільової програми "Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року". А в результаті виконання плану заходів "Концепції розвитку охорони психічного здоров'я України до 2030 року від 17.11.2017р. за № 1018-р." [4] очікується створення цілісної та ефективної системи охорони психічного здоров'я населення, що передбачатиме підвищення рівня психічного здоров'я населення і покращення якості життя населення України. Таким чином, наш Центр вже давно долучався, розвивав і продовжує цю тематику.

Список використаних джерел

1. Попередні результати дослідження психологічного здоров'я населення Львівської області: потенціальна роль сімейних лікарів / М. Арнольд, Ш. Холкомб, Є. Заремба та ін. *Практична медицина*. 1996. № 7-8. С. 15–25.
2. Богута Х. Р. Сім'я і депресія. *Депресія : обличчя та маски* : зб. наук. статей / за ред. Н. І. Долішньої. Львів : Вид-во – Мс. 2006. С. 77–89.
3. Концепція Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 роки. V. 4.
4. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я України до 2030 року від 17.11.2017р. за № 1018-р.

ОЦІНКА ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ СТРЕСІВ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Качмарська М.[1], Боровець В.[1], Любінець Л.[2]
[1]*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
[2]*м. Львівська медична академія імені Андрея Крупинського*

Глобальні тенденції соціально-економічного розвитку, загострення міжнародної конкуренції, рух у напрямі євроінтеграції, соціальні стреси (пандемія COVID-19, війна) ставлять перед системою охорони здоров'я України принципово нові завдання, серед яких вагоме місце належить підвищенню ролі управлінського персоналу. З метою встановлення зв'язку між психічним здоров'ям медичних працівників та майбутніх медиків і соціальними перетвореннями та потрясіннями нами запропоновано проведення комплексу опитувань, який включає чотири анкети:

- Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя», призначений для виміру виразності основних складових психологічного благополуччя (це адаптований українською мовою варіант англомовної методики «The scales of psychological well-being», розроблений К. Ріфф);
- Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивної тривожності як стану) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини);
- Опитувальник із самооцінки стану психічного здоров'я (адаптований українською мовою опитувальник «The Mental Health Quality of Life Questionnaire MHQoL-7D»);
- Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я (власна розробка).

Дані дослідження дадуть можливість оцінити стан психічного здоров'я, розібратися у феномені тривоги, оцінити параметри реактивності особистості в сенсі її заглибленості в дійсність, оцінити активність особистості в плані її характерологічних властивостей, визначити та оцінити рівень впливу на нього окремих детермінант, удосконалити систему моніторингу й оцінювання стану психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів охорони та студентів медичних вузів.