

відновлення та нормалізації емоційної сфери. Використання запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на кінцевій стадії апробації, веде до нормалізації психоемоційного стану, тим самим покращуючи соціальну адаптацію пацієнта.

УДК 616.89:362.141-008.05

Дьяченко Л. І.,* Кутіков О. Є.,*
Сергієнко О. В.,* Офіцерова Ю. В.**

* ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків), ** КЗ «Харківський міський
психоневрологічний диспансер № 3» (м. Харків)

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ МЕРЕЖІ

На даний час в Україні, як і в інших країнах, проводиться значна робота поетапного формування медичної допомоги з акцентом на розширення прав та обов'язків первинної медико-санітарної ланки. На тлі такої реорганізації будуть здійснені і розширені функції лікаря загальної практики /сімейного лікаря з надання медичної допомоги населенню, в т. ч. особам з вадами психічного здоров'я.

Нами було проведено анкетування 477 лікарів-психіатрів та лікарів загальної практики. На основі аналізу цих анкет пропонуємо шляхи реорганізації психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі.

При створенні якісно нової організаційно-функціональної системи надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я в рамках первинної ланки необхідно визначити такі пріоритетні напрями: охорона психічного здоров'я є невід'ємною частиною медичної допомоги усіх ланок; пріоритетним завданням є охорона психічного здоров'я дітей та підлітків; чітке визначення заходів інтеграції надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я в загальносоматичну мережу та первинну її ланку; визначення функцій та обов'язків лікарів загальної практики /сімейних лікарів з надання медичної допомоги особам та хворим з вадами психічного здоров'я; заходи зміни ставлення суспільства до осіб з вадами психічного здоров'я (стигматизація, дискримінація) та активізація роботи по соціальній інтеграції шляхом розширення прав пацієнтів та їх родичів; активізація санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань психічного здоров'я; розвиток взаємодії та співпраці різних міністерств, відомств, громадських організацій, асоціацій родичів, які причетні до надання допомоги особам з вадами психічного здоров'я.

На етапі інтеграції надання психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі вимогами до організаційно-функціональної системи передбачити її доступність, ефективність, професіоналізм, контактність, використання новітніх методів діагностики, лікування, реабілітації, соціально-правової допомоги.

На даному етапі реформування медичної допомоги населенню доцільно зберегти існуючу структуру надання медичної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки з поступовим розширенням мережі психіатричних, психотерапевтичних кабінетів на базі територіальних поліклінік, розширення мережі психосоматичних та соматопсихічних відділень в багатопрофільних лікарнях, створення багатопрофільних бригад надання медичної допомоги. До функцій первинної ланки медичної допомоги особам з розладами психічного здоров'я на даному етапі включити: забезпечення доступності та безперервності медичної допомоги; надання термінової та невідкладної допомоги з вирішенням наступної стратегії медичної допомоги; первинну профілактику розладів психіки та поведінки; попередню діагностику розладів психічного здоров'я з наступною консультацією лікаря психіатра; корекцію та лікування розладів психічного здоров'я за рекомендацією лікаря-психіатра; здійснення профілактичної роботи, спрямованої на виявлення ранніх та маскованих форм захворювань; погодження з лікарем-психіатром питань лікувально-реабілітаційних, соціально-правових дій відносно хворого на психічний розлад; проведення санітарно-освітньої роботи, спрямованої на формування здорового способу життя, інформованості населення про фактори ризику та найбільш поширені симптоми погіршення стану психічного здоров'я; надання консультативної допомоги сім'ям, в яких є хворий на психічний розлад.

На наступних етапах реформування медичної допомоги удосконалювати і розширювати функціонально-організаційні обов'язки первинної ланки медико-санітарної мережі з одночасною спеціалізацією та диференціацією психіатричної допомоги та її мережі.

УДК 616.895.8:615.851

Завалко Ю. Н., Варшавский Я. С., Куликович А. Ю.
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая
больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В клинической практике психотерапия психозов, в том числе шизофренического спектра, представляется зачастую довольно проблематичной и дискуссионной, поэтому любые положительные попытки в этом направлении заслуживают внимания. Это обусловлено тем, что «классический» психиатрический пациент «не укоренен в реальности». Особенно это касается больных с длительным течением психических расстройств, с преимущественно психотической симптоматикой.

На примере приведенного клинического случая показано изучение изменения психопатологической структуры личности больного в условиях шизофренического процесса вследствие нейрорлингвистического воздействия (в русле применения Эриксоновского подхода) как аспекта психотерапевтического взаимодействия.

Пациент Руслан Р., 39 лет, по специальности врач-терапевт. Впервые был госпитализирован в КУ «ДКПБ» ДОС в апреле 2007 г., когда впервые в своей врачебной деятельности на вскрытии умершего больного было выявлено расхождение диагнозов. Через некоторое время появилась тревога, нарушился сон, снизилось настроение, появились мысли, что «меня подставляют, хотят отравить, вызвать инсульт», считал себя «непорядочным», в связи с чем был госпитализирован в 31 отделение, где панически стал бояться «повешения», просил жену, чтобы «усыпили во время сонографии, чтобы больше не мучиться». Принимал зипрексу, трифазин, сибазон, тизерцин, велаксин, миразеп. Госпитализация длилась до июля 2007 г., был выписан с диагнозом: расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции у личности, акцентированной по тревожному типу. Психическое состояние было медикаментозно компенсировано, однако спустя 3 месяца уволился с работы по собственному желанию, т. к. не мог справиться с нагрузкой из-за психического расстройства, несмотря на регулярный приём медикаментов.

Несмотря на регулярный приём психофармакотерапевтических препаратов, психическое состояние продолжало прогрессивно ухудшаться вплоть до 05.04.2012 г., когда был госпитализирован в связи с суицидальной попыткой в 5 соматопсихиатрическое отделение КУ «ДКПБ» ДОС, где после необходимых хирургических мероприятий и психиатрической диагностики был установлен диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, параноидный синдром. 13.04.2012 г. был переведен в 31 отделение, где принимал арип, галоприл, сибазон, циклодол, однако существенного улучшения психического состояния не отмечалось.

В связи с чем 20.04.2012 г. года в курс лечения было включено психотерапевтическое вмешательство, основанное на методиках краткосрочной психотерапии НЛП Р. Бендлера, Дж. Гриндера и Эриксоновского подхода.

Психотерапевтическое вмешательство состояло из следующих элементов терапевтической стратегии:

1. Установление глубокого раппорта с пациентом, основанного на эмпатии, понимании и поддержке;
2. Разъяснение пациенту возможностей выхода из сложившейся ситуации, убеждение его в реальности данных возможностей;
3. Непосредственное психотерапевтическое «сопровождение» пациента к уже понятному и желанному состоянию психической реконвалесценции.

Таким образом, к 14.05.12 г. психотерапевтическое вмешательство позволило достичь следующих результатов:

1. Пациент детально и полностью смог осознать собственное психическое состояние;
2. Научился самостоятельно находить выход из субъективно безвыходных жизненных ситуаций;
3. Принял необходимость и осмыслил пользу внутреннего локуса контроля;

4. Преодолеет алекситимию как паттерн защитного реагирования;

5. Понял причины собственных деструктивных поведенческих паттернов;

6. Научился замечать и преодолевать стереотипные поведенческие шаблоны;

7. Изменил отношение к болезни — от «проклятия судьбы» — к «испытанию, которое необходимо преодолеть».

По рекомендации врачей и МСЭК, с целью психосоциальной реабилитации, была определена 3 группа инвалидности с трудовыми рекомендациями и назначена поддерживающая психофармакотерапия минимальными дозировками арипра и вальпроата. Завершение психотерапевтического взаимодействия проявилось в конгруэнтной социальной интеграции, основанной на приобретённых в процессе психотерапии убеждениях.

УДК 616.89-175

**Ю. Н. Завалко, В. З. Задорожный, И. Г. Дробот,
О. И. Антофийчук, А. А. Хижняк**

*КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая
больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)*

ОПЫТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИАТРА И ПСИХОЛОГА ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ

Проведен анализ обращений за помощью по телефону доверия в коммунальном учреждении «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета за период с февраля по июль 2012 года. Зафиксировано 128 обращений граждан по проблемам оказания психиатрической помощи и решения вопроса возможности ее выполнения. Мотивами обращений были следующие: невозможность самостоятельно решить проблему ввиду отсутствия социальных и других возможностей; сохранение конфиденциальности при разрешении проблемы; отсутствие уверенности в решении проблемы официальным путем при письменном согласии на оказание психиатрической помощи.

В начале каждого обращения консультант определял цель обращения и возможность незамедлительного реагирования для решения вопроса. После общих вопросов относительно возраста, места рождения, семьи, образования, семейного положения консультант подходил к получению более важной информации с обязательным уточнением соматического состояния больного, при этом преследовал основную цель беседы — создать символический союз с обратившимся и при этом сохранить нейтральную позицию. В ходе беседы консультант поощрял обратившегося за помощью, сохраняя дружелюбный тон, и в то же время сохранял чувство дистанции. Интервью было свободным по своей форме и без ограничений временными рамками. С начала беседы консультант акцентировал, что беседа будет длиться столько, сколько это потребуется для решения проблемы. При изменении темы и появлении новых вопросов не обрывал обратившегося, а терпеливо выслушивал. В конце интервью консультант обязательно делился своими соображениями, излагая приблизительный план своих действий. Нами исследованы гендерные различия обратившихся, при которых имеется существенная разница, когда количество лиц женского пола превышало количество обратившихся мужчин (63 % — 37 %). Также отмечена преобладающая доля лиц старше 50 лет, обращения которых отличались вычурностью и причудливостью проблем. При их консультировании был затруднителен сбор анамнеза, и при желании консультанта получить дополнительную информацию из других источников — со стороны близких, родных — ответная реакция была негативной, так как это желание истолковывалось превратно.

Из общего количества проанализированных обращений 57 были повторными (более 3 раз), как по содержанию предыдущих обращений, так и по продолжительности самого обращения; 28 обращений касались оказания консультативной помощи при аффективных расстройствах (25 %), при первичных или вторичных в ответ на изменение соматического состояния; 25 % имели причину оказания помощи при деменциях и делириях; 20 % обращений было связано с расстройством адаптации (дезадаптивное поведение на определенных стрессовых ситуациях, включая соматические заболевания) и по 15 % обращений были обусловлены тревожными и фобическими расстройствами.

При выполнении рекомендаций консультантов огромное значение имели его личностные качества, которые можно

представить формулой «ободрить — выслушать — направить», что преследовало в результате общения способность и желание эмпатировать обратившегося и вызвать положительную мотивацию при оказании психолого-психиатрической помощи. Данные результаты могут быть учтены при составлении направленных превентивных диагностических и лечебных программ в оказании психиатрической помощи в амбулаторно-поликлинической сети.

УДК 616.89-051(477)

Ю. Н. Завалко, В. З. Задорожный, А. А. Хижняк
*КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая
больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)*

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Психиатрическая помощь жителям Днепропетровской области доступна на всей ее территории. Количество психиатрических кабинетов достаточно для осуществления консультативной помощи, но недостаточно для оказания лечебно-диагностической помощи и психосоциальной реабилитации больных с тяжелыми психическими расстройствами. В области остается недостаточным кадровое обеспечение врачами психиатрами. Остается низким показатель аттестации врачей психиатров и психотерапевтов — 85,0 % и 88 % соответственно. Показатель заболеваемости психическими расстройствами на протяжении 3 последних лет остается ниже, чем показатели по Украине (в 2011 году область — 204,5, Украина в 2010 году — 234,6). Распространенность психических расстройств имеет тенденцию к ежегодному снижению (с 2564,7 в 2007 г. до 2493,9 в 2011 году по области, 2552,8 по Украине на 100 тыс. населения в 2010 году) при возрастании удельного веса непсихотических психических расстройств. Остается недостаточным финансирование в амбулаторной сети. Неразвитость внебольничных служб увеличивает нагрузку на стационарное обслуживание. Ограничение доступности к методам нейровизуализации не дает возможности объективизировать болезнь Альцгеймера, Пика и другие органические психические расстройства. Наблюдается рост первичной инвалидности больных с психическими расстройствами вследствие черепно-мозговых травм за счет недостаточного реабилитационного и восстановительного лечения. Остается высоким уровень инвалидности больных шизофренией. Превенция суицидов недостаточна. Остаются единичные случаи нарушения правовых норм оказания психиатрической помощи. В 28 % учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, не соблюдается выполнение клинических протоколов по специальности «Психиатрия».

Предложениями по улучшению оказания психиатрической помощи могут быть следующие векторы ее организации: интеграция психиатрии в сеть первичной медико-санитарной помощи путем информационного обеспечения; подготовка врачей семейной практики, врачей терапевтического направления по основам диагностики легких депрессивных состояний и психосоматических расстройств; систематический контроль за проведением амбулаторного принудительного лечения больных в рамках принудительных мер медицинского характера; анализ случаев непрофильной госпитализации больных на психиатрическую койку; организация отделений первичного психотического эпизода в психиатрических стационарах областного финансирования путем реорганизации имеющегося коечного фонда; семинары-тренинг с сотрудниками кафедр психиатрии Днепропетровской медицинской академии по актуальным вопросам лечения и диагностики расстройств психики и поведения; систематическая профилактика общественно опасных действий психически больных; в рамках проведения пилотного проекта реформирования психиатрической помощи проведение инициатив перед органами местного самоуправления по вопросам выделения средств на льготное амбулаторное лечение больных с тяжелыми психическими расстройствами; увеличение количества патронажных сестер в амбулаторной сети для посещения детей-инвалидов, возобновление и организация работы лечебно-трудовых мастерских и подсобного хозяйства в составе психиатрических больниц; подготовка социальных работников со средним специальным образованием (по уходу, навыкам социального ухода); организовать производство для больных с умственной отсталостью (цеха) по типу производств для глухонемых.