

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 арипа 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.