

УДК 616.891+159.96:615.851.13

*М. П. Бєро, д-р мед. наук, проф, Гл. вєшт. спец-т по «Психотерапии» и «Медицинской психологии» Главного управления здравоохранения Донецкой облгосадминистрации, директор ОКПНБ-МПЦ, С. Я. Бєро, зам. директора ОКПНБ-МПЦ по лечебной части, В. В. Волобуєв, зав. психотерапевтическим отделением ОКПНБ-МПЦ*  
 Областная клиническая психоневрологическая больница —  
 Медико-психологический центр (г. Донецк)

## ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КАБИНЕТЕ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

В статье проанализированы особенности оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи в кабинете «Телефона доверия» пациентам с сочетанной нервно-психической патологией с применением психодинамического и психотерапевтического подходов. Исследована редукция тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с сочетанной нервно-психической патологией.

*Ключевые слова:* нервно-психическая патология, медико-психологическая и психотерапевтическая помощь, кабинет «Телефона доверия»

За последние десять лет кабинеты «Телефона доверия» становятся все более распространенной технологией при оказании медико-психологической и психотерапевтической помощи. В современном обществе человек испытывает огромное количество стрессов, в том числе и в сочетании с политическим, экономическим и духовным кризисами. При этом ценности человека, как индивидуума, находятся под угрозой, что способствует развитию непсихотических психических расстройств. Даже в окружении множества людей человек часто чувствует себя одиноко и испытывает эмоциональные страдания. В этой ситуации работа в условиях кабинета «Телефона доверия» приобретает особую актуальность, так как предлагает как кратковременную, но мгновенную поддержку любому, кто в ней нуждается, так и долговременную с применением профессиональных психокоррекционных и психотерапевтических методик. Поддержка эта может быть настолько эффективной, насколько профессионально подготовлены сотрудники кабинета «Телефона доверия». Вопрос о степени профессиональности психологической и психотерапевтической помощи в кабинете «Телефона доверия» обсуждался в литературе и по-разному решается на практике [1, 2, 6, 7]. Существуют две позиции в понимании сущности «Телефонов доверия»: профессиональная и волонтерская модели. На Украине существуют обе модели. Специалист в области психотерапии и психологии в этом случае объединяет в себе и профессиональные качества (знания, умения, владение специальными методами консультирования), и волонтерские (умение слушать, сопереживать, быть аутентичным и искренним в высказывании своих чувств) [2, 3].

В настоящее время телефонное движение переживает период подъема: увеличивается число обращающихся в кабинет «Телефона доверия», во многих городах появляются новые подразделения данного

вида помощи, расширяется и углубляется тематика обращений. Широкое распространение телефонных служб по всему миру обусловлено особенностями телефонной связи как средства общения, что позволяет применять определенные психокоррекционные и психотерапевтические техники с использованием «эффекта ограниченной коммуникации»; «эффекта доверительности» [4, 5]. Обращение по телефону осуществляется по единственному акустическому каналу. Это приводит к сужению потока информации, которым обмениваются говорящие. Телефонная коммуникация в силу исключительно акустического и почти полностью вербального характера (речь по телефону почти не содержит невербальных средств, присущих обычной речи), обуславливает переорганизацию речевой деятельности абонента. Это способствует интеллектуальному овладению пациентом психотравмирующей ситуации, облегчает формирование её реалистического принятия и перехода к конструктивной личностной позиции. По утверждению современных исследователей в области психолого-психотерапевтического консультирования, в кабинете «Телефона доверия» эффект ограниченной коммуникации характеризуется большей последовательностью, внутренней организованностью, систематизацией психотерапевтической беседы, приводит к более структурированному и логическому изложению проблем абонента [4, 5]. Кроме того, есть ещё одна важная особенность: при отсутствии зрительного восприятия, обратившиеся часто идеализируют телефонного консультанта, что повышает эффективность взаимодействия. Хотя общающиеся по телефону могут находиться на значительном расстоянии друг от друга, их голоса звучат в непосредственной близости, т. е. абонент и консультант в определённом смысле находятся рядом, что создает эффект доверительности. Это свойство телефонной связи способствует быстрому формированию доверительности в беседе, облегчает включение в обсуждение глубоко личных проблем. «Эффект доверительности» помогает консультанту в работе и способствует её успешности. Кроме того, в кабинете «Телефона доверия» оказывается профессиональная психолого-психотерапевтическая помощь в условиях максимальной анонимности [5—7].

Таким образом, в общении по телефону сочетаются два важных свойства: личный характер коммуникации, присущий традиционным формам связи — доверительной беседе, письму, записке — и незамедлительность, безотлагательность действия современных электронных средств коммуникации.

© Бєро М. П., Бєро С. Я., Волобуєв В. В., 2013

По мнению тех же исследователей, основным видом оказания психологической помощи по телефону выступает психологическое консультирование, которое позволяет действовать по собственному усмотрению и обучаться новому поведению, способствует развитию личности, помогает акцентировать ответственность пациента (т. е. индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создаёт условия, поощряющие волевое поведение пациента).

Особую значимость приобретает оказание медико-психологической и психотерапевтической помощи пациентам с сочетанной нервно-психической патологией. В ОКПНБ — медико-психологическом центре активно функционирует кабинет «Телефона Доверия» в структуре психотерапевтического отделения для оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи. Основным контингентом пациентов, которые обращаются в кабинет, являются лица с непсихотическими психическими расстройствами. Эти расстройства довольно часто сочетаются с неврологической патологией — органические непсихотические расстройства с сопутствующей токсико-гипоксической энцефалопатией (у шахтеров после аварий на угольных шахтах Донбасса) и т. д. Ведущей симптоматикой в клинической картине у пациентов данной категории являются тревога и депрессия.

Пациенты с коморбидной нервно-психической патологией в соответствии с критериями МКБ-10 ( $N = 60$ ) были отобраны для изучения редукиции тревожно-депрессивной симптоматики в ходе проведения психолого-психотерапевтической коррекции по «Телефону доверия». В исследуемой группе эти мероприятия проводились с использованием психодинамического и психоаналитического подхода с вербальной диагностикой основного психологического конфликта. Инструментами первичной оценки результата были шкалы Спилбергера — Ханина и Зунга.

Данное исследование выполнялось на базе ОКПНБ — медико-психологического центра г. Донецк. Критерии включения определялись возрастом испытуемых от 35 до 55 лет, наличием первичного диагноза органического непсихотического психического расстройства. Отбор исследуемых проводился случайным методом из числа всех обратившихся на «Телефон Доверия» пациентов данной категории.

Средний возраст изучаемой группы больных ( $N = 30$ ) составил  $48,2 \pm 2,3$  года. Средний возраст контрольной группы больных ( $N = 30$ ) составил  $47,4 \pm 4,7$  года. Все участники являлись мужчинами с наличием непсихотического психического расстройства органического происхождения (F 06.6 согласно МКБ-10).

Клинические проявления органических непсихотических психических расстройств характеризовались преимущественно тревожной и депрессивной симптоматикой, которая была проанализирована с помощью вербальных экспресс-опросников Спилбергера — Ханина и Зунга в начале исследования и по окончании его в ходе проведения оказания психолого-психотерапевтической помощи в кабинете «Телефона Доверия» (таблица).

**Результаты оценки изменения уровней тревоги и депрессии у пациентов с сочетанной нервно-психической патологией по шкалам Спилбергера — Ханина и Зунга (Среднее значение  $\pm$  Стандартное отклонение (SD))**

Проведенное лечение	Тест Спилбергера — Ханина (баллы)		Тест Зунга (баллы)
	Ситуативная тревога	Личностная тревога	
Контрольная группа: До лечения	54,3 $\pm$ 48,7	57,2 $\pm$ 52,3	56,8 $\pm$ 49,6
По окончании терапии	2,8 $\pm$ 1,6	3,1 $\pm$ 3,4	2,8 $\pm$ 2,2
Исследуемая группа: До лечения	55,2 $\pm$ 44,6	58,1 $\pm$ 48,7	58,4 $\pm$ 46,4
По окончании терапии	2,9 $\pm$ 1,7	2,3 $\pm$ 1,3	2,6 $\pm$ 2,1

Примечание:  $p < 0,01$

Психолого-психотерапевтическая помощь в условиях кабинета «Телефона доверия» данным контингентам пациентов требует более дифференцированного подхода с учетом превалирующего основного психологического конфликта.

Полученные результаты позволяют предположить о более эффективной редукиции тревожно-депрессивной симптоматики с использованием психодинамического и психоаналитического подхода у пациентов с сочетанной нервно-психической патологией при оказании психолого-психотерапевтической помощи в кабинете «Телефона доверия». Однако требуется дальнейшие исследования с целью совершенствования и повышения эффективности лечебно-диагностических мероприятий с данным контингентом пациентов.

Применение глубинно ориентированных форм психотерапии данным контингентам пациентов дает возможность продолжить психолого-психотерапевтический процесс во внестационарных условиях, особенно в городах и районах Украины, где отсутствуют специалисты в области охраны психического здоровья.

**Список литературы**

1. Барчина Е. Профессия — телефонный консультант / Е. Барчина, Ю. Ионов // Вестник РАТЭПП. — № 1. — 2000;
2. Джонсон В. Азбука кризисной помощи // Телефон Доверия. Служба телефонной экстренной психологической помощи для подростков и молодежи. — М.: Ин-т молодежи, 1994. — С. 14—18.
3. Организация психотерапевтической помощи в системе реабилитации больных и инвалидов с психическими и поведенческими расстройствами, кризисными состояниями и пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф в условиях реформирования охраны здоровья: Методические рекомендации, утвержденные МЗ Украины от 12.04.2012 / под ред. д. м. н., проф. Боро М. П. — Донецк: «Каштан», 2012.
4. Копьев А. Ф. Диалогический подход в консультировании и вопросы психологической клиники / А. Ф. Копьев / Московский психотерапевтический журнал. — 1992. — № 1. — С. 22—26.
5. Креславский Е. С. Телефонная экстренная психологическая помощь в Содружестве Независимых Государств / Е. С. Креславский // Вестник РАТЭПП. — 1992. — № 1. — С. 18—25.
6. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. — М.: Смысл, 1999. — 410 с.
7. Практика телефонного консультирования: хрестоматия / ред.-сост. А. Н. Моховиков. — М.: Смысл, 2001.

Надійшла до редакції 01.04.2013 р.

*М. П. Бєро, С. Я. Бєро, В. В. Волобуєв*  
Обласна клінічна психоневрологічна лікарня —  
Медико-психологічний центр (м. Донецьк)

**Надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги пацієнтам з поєднаною нервово-психічною патологією в кабінеті «Телефону довіри» з використанням психодинамічного і психоаналітичного підходу**

У статті проаналізовані особливості надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги в кабінеті «Телефону довіри» пацієнтам з поєднаною нервово-психічною патологією із застосуванням психодинамічного і психотерапевтичного підходів. Досліджена редукція тривожної і депресивної симптоматики у пацієнтів з поєднаною нервово-психічною патологією.

*Ключові слова:* нервово-психічна патологія, медико-психологічна і психотерапевтична допомога, кабінет «Телефону довіри».

*M. P. Bero, S. Ya. Bero, V. V. Volobuyev*  
Regional Clinical Psychoneurological Hospital —  
Medical and Psychological Center (Donets'k)

**The providing of medico-psychological and psychotherapeutic help for patients with complex neurological and psychiatric pathology in the "Telephone of trust" cabinet with the use of psychodynamical and psychoanalytical approach**

In the article the features of providing of medico-psychological and psychotherapeutic help are analysed in the cabinet of "Telephone of trust" for patients with complex neurological and psychiatric pathology with the use of psychodynamical and psychoanalytical approach. Reduction of anxious and depressive symptoms is investigated for patients with complex neurological and psychiatric pathology.

*Keywords:* neurological and psychiatric pathology, medico-psychological and psychotherapeutic help, the "Telephone of trust" cabinet.

УДК 616–036.82+616.831–005.1–037+159.923+173.7

*Н. В. Книш*

Міська клінічна лікарня № 5 (м. Суми),  
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

**ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ДЕФОРМАЦІЇ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, ЯК МІШЕНІ ПОДАЛЬШОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

На стадії раннього відновного періоду перебігу мозкового ішемічного інсульту (МІІ), обстежено 210 жінок. Основну групу № 1 склали 110 одружених жінок, основну групу № 2 — 100 самотніх жінок, які виховували дітей віком від 12 до 16 років. Досліджені особливості родинних стосунків, сімейної тривоги та сприйняття жінками джерел соціальної підтримки. Визначені варіанти сімейної взаємодії у родинах жінок, які перенесли МІІ: непатологічний — із збереженням взаємин і позитивною сімейною взаємодією, що має високий реабілітаційний потенціал (29,1 % сімей основної групи № 1 і 35,0 % сімей основної групи № 2) та патологічний (деформований) — із руйнуванням взаємин і негативною сімейною взаємодією, що характеризується негативним реабілітаційним ресурсом та шкідливим впливом на загальний стан обстежених (70,9 % родин основної групи № 1 та 65,0 % — основної групи № 2).

*Ключові слова:* сімейна взаємодія, жінки, мозковий ішемічний інсульт.

Мозкові ішемічні інсульти, які щорічно вражають велику кількість дорослого населення, є всесвітньою проблемою, як в економічно розвинених, так і в країнах з перехідною економікою. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що мозкові ішемічні інсульти (МІІ) продовжують домінувати в структурі всіх цереброваскулярних розладів як найважливіша медико-соціальна проблема. Зокрема, в Об'єднаній Європі щорічно реєструється 1,75 млн. інсультів, у США — 700 тис., в Росії понад 450 тис. Статистичні дані останніх років свідчать, що в середньому кожні 45 секунд у США і кожні 90 секунд у Росії приблизно в одного з 4-х чоловіків та однієї з 5-ти жінок віком до 45 років виникає інсульт [1—4]. Україна, на жаль, не є винятком.

Проблему медичної допомоги хворим, які перенесли МІІ, активно вивчають вчені [5—9]. Проте, на теперішній час у наукових дослідженнях не з'ясовано вплив особистісних та сімейних аспектів на формування способів відновлення умінь і навичок незалежного існування хворих у післяінсультному періоді

життєдіяльності. Крім того, незважаючи на існуючі наукові дані щодо наявності гендерних особливостей поширеності та клінічної динаміки МІІ [10, 11], в сучасній науковій літературі та реальній клінічній практиці відсутні розробки щодо адресної диференційованої допомоги жінкам, які перенесли МІІ. Між тим, на сьогодні визначено, що ключовою ланкою любого реабілітаційного процесу виступає родина пацієнта, відновний потенціал якої залежить від стану родинних стосунків. Саме тому вивчення особливостей сімейної взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є обов'язковим під час розроблення будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі і медико-психологічної допомоги жінкам, які перенесли МІІ. Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні дослідження, які б об'єднували в собі вивчення психологічних і сімейних аспектів реабілітації жінок у відновному періоді МІІ.

Таким чином, з урахуванням вищезазначеного, метою даної роботи було визначення психосоціальних предикторів деформації сімейної взаємодії жінок, які перенесли МІІ, в рамках системно-ціннісного підходу