

ISSN 1993-1298

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ
ЧУВАШИИ

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology
Психиатрине психологин чăваш хыпарçи

Том 11 • № 3
Volume 11 • Number 3

2015

Вестник психиатрии и психологии Чувашии

**Ежеквартальный
рецензируемый научно-
практический журнал**

Издается с 2005 года

Учредитель и издатель –
ФГБОУ ВПО «Чувашский
государственный
университет
имени И.Н. Ульянова»

Издается при содействии
Чувашской ассоциации
психиатров, наркологов,
психотерапевтов,
психологов

Осуществляет
информационную
поддержку Российского
общества психиатров
и Российского
психологического
общества

Журнал представлен
в РИНЦ (Российский
индекс научного
цитирования),
Ulrich's Periodicals Directory

Адрес редакции:
428015 Чебоксары,
Московский пр., 15

Тел. (8352) 45-20-96;
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Главный редактор

д-р мед. наук Е.Л. Николаев (Чебоксары, Россия)

Зам. главного редактора

проф. А.В. Голенков (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

канд. мед. наук И.Е. Булыгина (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Г.Г. Вербина (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук Д.В. Гартфельдер (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук А.Н. Захарова (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Е.Р. Исаева (Санкт-Петербург, Россия)

проф. А.М. Карпов (Казань, Россия)

д-р психол. наук Н.А. Кравцова (Владивосток, Россия)

проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия)

канд. мед. наук Ф.В. Орлов (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук С.А. Петунова (Чебоксары, Россия)

Международный редакционный совет

проф. Н.В. Агазаде (Баку, Азербайджан)

проф. А.А. Александров (Санкт-Петербург, Россия)

проф. М.А. Асимов (Алматы, Казахстан)

канд. мед. наук И.Н. Бабурин (Санкт-Петербург, Россия)

канд. психол. наук С.Н. Ениколопов (Москва, Россия)

д-р мед. наук Ю.В. Игнатъев (Белиц, Германия)

проф. С.А. Игумнов (Минск, Белоруссия)

д-р мед. наук К.А. Идрисов (Грозный, Россия)

проф. В.И. Коростий (Харьков, Украина)

канд. психол. наук М.А. Кулыгина (Москва, Россия)

д-р мед. С. Лесинскене (Вильнюс, Литва)

д-р психол. наук В.А. Микаелян (Ереван, Армения)

канд. мед. наук Е.С. Молчанова (Бишкек, Кыргызстан)

д-р мед. К. Мураяма (Фукуока, Япония)

д-р мед. наук Д.М. Мухамадиев (Душанбе, Таджикистан)

канд. психол. наук Е.И. Первичко (Москва, Россия)

канд. мед. наук Г. Резвый (Будё, Норвегия)

проф. В. Рутц (Стокгольм, Швеция)

проф. Т. Сёрли (Тромсё, Норвегия)

проф. О.А. Скугаревский (Минск, Белоруссия)

д-р филос. С. Эванс (Нью-Йорк, США)

проф. Л.Н. Юрьева (Днепропетровск, Украина)

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2015

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii

**Quartely
peer reviewed research
and clinical practice journal**

Since 2005

Founder and publisher:
The Ulianov Chuvash
State Univerity

The journal is published
with assistance of
the Chuvash Association
of psychiatrists,
narcologists,
psychotherapists,
psychologists

The journal provides
information support
for the Russian
Society of Psychiatrists
and the Russian
Psychological Society

The journal is presented
in Russian Science
Citation Index,
Ulrich's Periodicals
Directory
data bases

Editorial Office:
15 Moskovskiy pr.,
Cheboksary, 428015, Russia

Tel: +7 (8352) 45-20-96
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Editor-in-chief

E. Nikolaev, M.D., Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

Deputy editor

A. Golenkov, M.D., prof. (Cheboksary, Russia)

Editorial Board

I. Bulygina, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

D. Hartfelder, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

E. Isayeva, Dr. Sci. (St. Petersburg, Russia)

A. Karpov, M.D., prof. (Kazan, Russia)

V. Krasnov, M.D., prof. (Moscow, Russia)

N. Kravtsova, Dr. Sci. (Vladivostok, Russia)

F. Orlov, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

S. Petunova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

G. Verbina, Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

A. Zakharova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

International Editorial Council

N. Agazade, M.D., prof. (Baku, Azerbaijan)

A. Aleksandrov, M.D., prof. (St. Petersburg, Russia)

M. Assimov, M.D., prof. (Almaty, Kazakhstan)

I. Baburin, M.D., Ph. D. (St. Petersburg, Russia)

S. Enikolopov, Ph.D. (Moscow, Russia)

S. Evans, Ph.D. (New-York, USA)

K. Idrisov, M.D., Dr. Sci. (Russia)

Yu. Ignatyev, M.D., Dr. Sci. (Beelitz, Germany)

S. Igumnov, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

V. Korostiy, M.D., prof. (Kharkov, Ukraine)

M. Kulygina, Ph.D. (Moscow, Russia)

S. Lesinskiene, M.D., Ph. D. (Vilnius, Lithuania)

V. Mikaelyan, Dr. Sci. (Yerevan, Armenia)

E. Molchanova, M.D., Ph. D. (Bishkek, Kyrgyzstan)

D. Mukhamadiev, M.D., Dr. Sci. (Dushanbe, Tajikistan)

K. Murayama, M.D., Ph. D. (Fukuoka, Japan)

E. Pervichko, Ph. D. (Moscow, Russia)

G. Rezvy, M.D., Ph. D. (Bodø, Norway)

W. Rutz, M.D., prof. (Stockholm, Sweden)

O. Skugarevsky, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

T. Sørli, M.D., prof. (Tromsø, Norway)

L. Yur'yeva, M.D., prof. (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Содержание

От редактора

- 6 Работайте на здоровье?..
Е.Л. Николаев

Профессиональное здоровье и благополучие личности

- 17 Трудоголизм: факторы риска развития
и признаки патологической зависимости
Л.Н. Юрьева
- 27 Что волнует медицинского работника на рабочем месте:
психологический контекст профилактики
профессионального стресса
Е.Л. Николаев
- 46 Формирование навыков конструктивного общения
у медицинских специалистов в системе непрерывного
образования
Н.В. Григорьева

Психическое здоровье детей и подростков

- 61 Патоморфоз суицидального поведения у подростков
В.Н. Ведяшкин, И.И. Шереметьева
- 69 Эффективность нейропсихологической коррекции у детей
младшего школьного возраста с олигофренией легкой степени
А.В. Катасонова

Вопросы аддиктологии

- 83 Динамика психопатологической симптоматики
у пациентов с опиоидной зависимостью в процессе терапии
Э.П. Станько, С.А. Игумнов
- 100 Вопросы организации содержания в домах-интернатах
лиц с зависимостью от алкоголя
М.А. Березовская, Т.В. Коробицина, И.И. Кулаков

Личность и болезнь

- 111 Кардиологический пациент в фокусе
клинической и социальной психологии
Н.А. Кравцова

- 116 **Информация для авторов**

Contents

Editorial

- 6 Work for your health?..
E. Nikolaev

Professionals' personal health and well-being

- 17 Addiction to working:
risk factors for development and signs of pathological addiction
L. Yur'yeva
- 27 What worries a health care professional at workplace:
psychological context of occupational stress prevention
E. Nikolaev
- 46 Developing communication skills in health professionals
in the frame of continuous education system
N. Grigorieva

Mental health of children and adolescents

- 61 Pathomorphism of adolescents' suicidal behavior
V. Vedyashkin, I. Sheremeteva
- 69 Efficacy of neuropsychological intervention
in treating primary school children with mild mental retardation
A. Katasonova

Addictology issues

- 83 Dynamics of psychopathological symptomatology
in patients with opioid dependence in the process of treatment
E. Stanko, S. Igumnov
- 100 Organizational issues of keeping individuals with alcohol dependence
in nursing homes
M. Berezovskaya, T. Korobitsina, I. Kulakov

Personality and disease

- 111 Cardiac patient
in focus of clinical and social psychology
N. Kravtsova

- 116 **Instructions for contributors**

УДК 614.253:159

ББК Ю979+Р11(2РОС)П

РАБОТАЙТЕ НА ЗДОРОВЬЕ?..

Ключевой темой данного номера стали вопросы профессионального здоровья и благополучия личности в медицине. Она непосредственно касается врачей, психологов, среднего и младшего медицинского персонала, всех, кто вовлечен в оказание и обеспечение медицинской помощи пациенту. Дело в том, что роль личности медицинского работника, объективные и субъективные факторы его здоровья и благополучия все еще остаются вне зоны глубокого научного интереса. Актуальные проблемы профессионального здоровья в здравоохранении чаще рассматриваются отечественными исследователями в контексте диагностики синдрома эмоционального выгорания, описания его распространенности, выраженности и взаимосвязей. Подобная направленность научных приоритетов не всегда способствует, на наш взгляд, эффективному анализу совокупности множества детерминант здоровья медицинского работника, связанных с организационными и психосоциальными аспектами специфики его профессиональной деятельности.

В отечественном научном поле работ, посвященных вопросам профессионального здоровья в медицине, достаточно немного. Значительно больше таких публикаций у наших зарубежных коллег. Пионерами в этой области являются европейские ученые: R. Tyssen, O.G. Aasland, K.I. Ro в Норвегии, F.M. Wurst в Австрии, S.M. Ketelaar, F.R. Gärtner, J.K. Sluiter в Нидерландах, E. Voltmer, T. Kötter в Германии, M. Meerten, A.I. Garelick в Великобритании, E. Galam во Франции, M.D. Braquehais в Испании. Определенный интерес к проблеме профессионального здоровья врачей проявляют и китайские ученые: H. Wu, Y. Zhao, J.N. Wang, L. Wang в материковой части Китая, T.F. Shang, P.C. Chen, J.D. Wang на Тайване.

В данной редакционной статье мы бы хотели обратить внимание читателя на некоторые актуальные направления современных мировых исследований по проблеме профессионального здоровья и благополучия в медицине. Считаем, что данный вопрос весьма актуален и в плане планирования научной деятельности, и в плане непосредственной организации целостной системы охраны здоровья и сохранения благополучия специалиста в отечественной медицине.

Медицинская деятельность является сегодня источником высоких стрессовых нагрузок. Особенно ярко это проявляется у врачей оперирующих специальностей. Во французском исследовании врачей хирургического профиля хорошо показаны особенности стрессовых состояний, развивающихся в процессе профессиональной деятельности. Всего согласились участвовать в исследовании и заполнили специальные формы 1272 врача (21,9% из отобранных врачей). Из общей выборки 85,5% были мужчины в возрасте от 35 до 64 лет. Это были анестезиологи (29,6%), ортопеды (29,4%) или акушеры-гинекологи (12,8%), имеющие одно рабочее место (67,9%). Более четверти из этих врачей сообщили о наличии усталости после работы, четверть из них ощущает страх перед будущей рабочей нагрузкой. В целом, показатель уровня счастья по десятибалльной шкале достаточно высок (6,7), уровень напряжения – средний (5,9), выше или равен 8 в 29,8% случаев. Особенно отчетливыми являются связи между уровнем стресса и поведением или душевным состоянием на работе: страхом предстоящей нагрузки, чувством усталости, неспособностью «отключиться» или дистанцироваться от проблемной ситуации, нарушениями сна, болями в спине, головными болями, что является свидетельством высокого уровня стресса [1].

Невысокий уровень профессионального комфорта выявляется уже у врачей-резидентов. Более половины из них (53%) имеет низкие показатели психического благополучия. Причем существуют определенные гендерные различия. Женщины-резиденты имеют достоверно более высокий уровень личностного и профессионального выгорания, чем мужчины. Единственным предиктором низкого уровня благополучия здесь являются личностное выгорание и неудовлетворённость работой [7].

Именно поэтому вполне оправданными для врачей являются рекомендации следить за собственным здоровьем не менее пристально, чем за здоровьем своих пациентов. Врачи и медицинские работники нередко относятся к своему здоровью излишне беспечно, избегают профилактических осмотров, не спешат вовремя проходить диагностику и начинать лечение, в практическом плане недооценивают возможности ранних вмешательств. В этой связи очень показательным является клинический случай японского врача Y. Seyama, описавшего в форме дневников свой 60-дневный опыт лечения от рака поджелудочной железы. Он уверен, что нет

ничего лучше раннего выявления и своевременного лечения в борьбе против рака. Поэтому рекомендует всем до молитвы на удачу проходить периодические медицинские осмотры [14].

Наличие или отсутствие позитивного отношения к труду в медицине обнаруживает неожиданные связи с насилием в отношении врача. Итальянскими учеными установлено, что у врачей-радиологов с невысоким уровнем психического здоровья и чрезмерной загруженностью на работе имеется опыт переживания физического насилия в предыдущий 12-месячный период. В то время как хорошая физическая форма, удовлетворение от работы и общее ощущение счастья значительно снижают такую вероятность. В связи с чем профилактические меры против насилия могут улучшить и ситуацию на рабочем месте, и организацию взаимоотношений между работниками [10].

Нездоровые отношения между сотрудниками могут сопровождаться развитием такого негативного явления, как буллинг. Под буллингом (запугиванием, задиранием, травлей) чаще понимают агрессивное преследование одного из членов организации коллегами или руководителем. По мнению В.В. Lamberth, буллинг может наблюдаться в любой профессии, но по многим причинам он является самым распространенным в здравоохранении. Документированным сообщениям о буллинге в медицине уже более 35 лет. Хотя врачи часто считаются главными виновниками таких издевательств, медицинскими хулиганами могут стать и другие специалисты, которые работают в медицинской организации, включая медсестер, технологов, фармацевтов, вспомогательных сотрудников, администраторов и др. [9].

Отличается ли как-либо ситуация в практической медицине от ситуации в академической медицине, связанной с подготовкой будущих специалистов-медиков и проведением научных исследований? Общеизвестно, что в практическом здравоохранении работает гораздо больше женщин, чем мужчин. Иная ситуация в академической медицине. По данным американских исследователей, в медицинских вузах США женщин работает в два раза меньше, чем мужчин. Женщины реже занимают должность профессора, они моложе, имеют меньше научных публикаций и в большей степени представлены в терапии и педиатрии [6]. Похоже, что ситуация складывается таким образом, что если в практической медицине успешными специалистами чаще являются женщины, то в академической – мужчины.

Так с чем же ассоциируется сегодня успешный врач? Этот вопрос детально рассмотрен американскими исследователями, обратившими свой взор на хирургов-ортопедов. В проведенное исследование включены 152 наиболее успешных хирурга-ортопеда, являющихся сотрудниками кафедр, издателями научных журналов и членами редакционных коллегий, действующими или предыдущими президентами крупных ортопедических ассоциаций. Результаты их опроса помогли выделить некоторые характеристики их успешности. Многие из них являются авторами многочисленных научных публикаций и получают значительное финансирование для своих исследований. Ими часто движет «стремление к личностному развитию», «принятие вызова», «стремление к новым возможностям». В то время как на их решение о занятии должности и лидерской позиции никак не влияет: перевод в другое учреждение, финансовая выгода, отсутствие альтернативных кандидатов. Большинство опрошенных счастливы в своей профессии и специальности, несмотря на большую нагрузку и высокий уровень стресса. Несмотря на недостаток времени, успешные хирурги-ортопеды, в сравнении с врачами других специальностей, следят за своим здоровьем – имеют большую физическую активность, посещают своего врача и чувствуют лучше себя физически. То есть дополнительная к клинической практике образовательная, научная и общественная нагрузка позволяет врачу чувствовать себя более счастливым, иметь более высокий уровень здоровья и удовлетворенности работой [8]. В этом плане можно согласиться с Р.В. Angood в том, что мы сегодня достаточно много знаем об эмоциональном выгорании врача, но гораздо меньше о том, что делает его счастливым [1].

Результаты голландского исследования существенно обогащают палитру факторов, связанных со счастьем в медицинской профессии. Установлено, что зрелые врачи (старше 48 лет) более счастливы, чем молодые (моложе 30 лет). Наиболее счастливыми являются врачи общей практики. Далее идут врачи-специалисты, врачи-интернисты. Психиатры и хирурги находятся в конце списка. Наибольший вклад в ощущение счастья детерминирован факторами любви, отношений, семьи [16].

Тогда насколько характерно для врачей испытывать чувство романтической любви на рабочем месте? В голландском исследовании, посвященном изучению распространённости влюбленности и

любовных отношений врачей с коллегами, участвовал 401 врач и студент-медик. 41% были мужчины и 59% женщин. Их средний возраст составил 40 лет. В общей сложности 40% участников указали, что влюблены в коллегу. Это происходит чаще у женщин, чем у мужчин. В 82% отношения распространялись на свой профессиональный уровень. Только в 23% случаев отношения были стабильными независимо от возраста. Дерматологи оказались наименее склонны влюбляться в коллег, в то время как акушеры имели самый высокий уровень влюбленности [3].

Некоторые врачи связывают собственное счастье и благополучие исключительно с материальным достатком. С ними полемизирует греческий профессор Р.С. Grammaticos, который считает, что наш финансовый успех в жизни не должен конкурировать с идеалами клятвы Гиппократова. В своей работе о медицинской деонтологии, научных конференциях и журналах, карьерном росте и довольстве жизнью он пишет, что нельзя достичь счастья в нашей жизни через неправдивость, нечестность или высокий финансовый статус. Он обращает нас к словам Дж. Китса, написавшего еще в 1969 г. в журнале «Ланцет»: «Истина есть красота ... только это существует на Земле, и это то, что мы должны знать» [5].

Правильно расставить акценты в ходе профессиональной деятельности в медицине помогает и формирование собственного отношения к ней. По мнению мексиканского хирурга С. Fernández del Castillo-Sánchez, медицина и хирургия – это не только часть наших знаний и умений, нашей каждодневной практики. Хирургия – это искусство, в котором врач находит собственное выражение во время каждого оперативного вмешательства. Хирургия – это также и служение людям. Служение с четкой миссией – исцелять. С учетом того, что врач является чувствующим человеком, все это несет для него непреодолимую привлекательность своей профессии и бесценный опыт. Особенно четко это начинает осознаваться специалистом, когда подходит время выхода на пенсию. Именно поэтому врач, хирург в частности, с самого начала должен быть готов к тому, что с выходом на пенсию его жизнь не заканчивается, а продолжается на новой ступени [4].

Уже существуют специальные программы, последовательно подготавливающие врача к выходу на пенсию и счастливому старению. Так, мексиканские специалисты задаются вопросом: на каком этапе жизни было бы целесообразно начинать процесс под-

готовки медицинского профессионала к выходу на пенсию? Насколько такая подготовка должна включать в себя вопросы профилактики, планы замедления старения, чтобы войти в счастливую старость в физическом, психическом и экономическом смыслах? Они предлагают специальный медицинский пенсионный план для достижения счастья в старости. Факторами, определяющими старение, являются: генетика, окружающая среда, характер и воля человека. Поэтому медицинский пенсионный план для достижения счастья в старости должен включать в себя понятия физического, психического и экономического благополучия. В ходе его реализации поддерживается физическая, умственная и экономическая автономия и удается отсрочить наступление старости. При этом совершенно необходимо принять свой выход на пенсию и планировать его заранее [12].

Что делается сегодня в контексте профилактики и сохранения здоровья профессионала в медицине? Вот лишь пара примеров. В октябре 2009 г. по инициативе специалистов нескольких европейских стран была создана «Европейская ассоциация здоровья врачей» (ЕАРН). На сегодняшний день – это сеть, объединяющая как организации, так и отдельных профессионалов, обеспокоенных и работающих совместно для развития здоровья. Целью ассоциации является содействие созданию в Европе всеобщих высоких стандартов поддержки врачей в их профессиональных проблемах через обмен опытом и передовой практикой по лечению врачей, поощрение развития медицинских услуг для врачей, проведение совместных исследований состояния здоровья и благополучия врачей. Помимо индивидуальных членов партнерами ассоциации являются Британская медицинская ассоциация (Великобритания), Институт изучения медицинской профессии (Норвегия), Фонд «Галатея» (Испания), Французский колледж анестезиологов-реаниматологов (Франция), Союз «Марбургер» (Германия).

ЕАРН стала организатором проведения регулярных международных конференций по данной проблеме – в Осло (2009), Барселоне (2010), Зальцбурге (2011), Дублине (2013), Барселоне (2015) – и обсуждения наиболее животрепещущих тем. Так, резолюция последней барселонской конференции специально посвящена вопросам здоровья студентов-медиков и врачей-резидентов как будущих медицинских специалистов, а также работе медиков в условиях экономического кризиса, когда меняются финансовое со-

стояние пациентов, условия труда и зарплата специалистов. Традиционными участниками этих конференций являются врачи-исследователи из западноевропейских стран. Несколько реже представлены доклады американских коллег и специалистов с постсоветского пространства [11, 13].

Вопросы здоровья и благополучия специалиста в медицине актуальны не только для работающих специалистов, но и для будущих профессионалов, сегодняшних студентов-медиков. В некоторых вузах существуют специальные программы сопровождения студентов. К примеру, в медицинской школе Кардиффского университета (Великобритания) данная работа строится системно [2]. В результате опроса студентов-медиков определены наиболее значимые проблемные области в процессе обучения, это: поддержка по вопросам обучения, усвоение знаний и навыков, баланс между учебой и внеучебной жизнью, интенсивность учебных нагрузок, вхождение в клинику, вопросы профессиональной безопасности, профессиональная культура, внимательность вуза к личным потребностям студента. Превентивная работа с факторами риска предполагает особый фокус на организационную поддержку, формирование навыков, поддержание равновесия между работой и жизнью. В частности, стратегии организационной поддержки включают в себя: поддержку в сфере образовательного процесса (постоянную обратную связь и оценку результатов обучения; прояснение целей, средств и способов обучения; заблаговременное планирование экзаменов и достаточное время для подготовки к экзаменам; разнообразие стилей и моделей обучения); поддержку по финансовым вопросам (составление расписания, позволяющего студенту часть времени работать; своевременное рассмотрение вопросов, связанных с передвижениями в связи с учебой; организация оптовых закупок электронных устройств, оборудования и оргтехники, необходимой для студентов для снижения ее стоимости, внедрение электронных учебников и книг взамен дорогих бумажных); поддержку по вопросам здоровья (повышение доступности необходимой помощи при стрессе, носящей конфиденциальный и нестигматизирующий характер); поддержку по внеучебным вопросам (советы в отношении профессиональной карьеры, прояснение нереальных ожиданий студентов в отношении преподавателей) [2].

Подытоживая, еще раз зададимся вопросом: несет ли работа в медицине вред здоровью специалиста? Как видно, однозначного ответа на это вопрос, конечно же, нет. Работа в медицине, как правило, связана с высоким уровнем стресса, определяемым ответственностью за жизнь человека, необходимостью принимать быстрые и правильные решения, умением заполнять многочисленные медицинские документы, каждый из которых потенциально может стать предметом судебного разбирательства. В то же время, несмотря на самые высокие нагрузки, при позитивном отношении к ситуации врач может получать массу положительных эмоций от своей профессиональной деятельности. Особо позитивную роль играет принятие себя в своей профессии, способность получать удовольствие от нее – от возможности помочь другому, от общения с другим и непохожим на тебя, от непредсказуемости завтрашнего дня и неподдельного интереса к тому, каким образом ты с этим справляешься. Дополнение клинического опыта образовательной, научной, общественной практикой способно даже при самых высоких нагрузках помочь специалисту получать удовлетворение от работы в медицине, быть успешным и счастливым.

Медицинские работники так же, как и все остальные люди, болеют. Не меньше, чем во всем обществе, среди них распространены и негативные формы межличностного поведения. Близость к медицинской помощи не делает их более здоровыми или благополучными. Нередко они имеют больше объективных факторов риска по определенным заболеваниям. Однако когда ответственность за жизнь сочетается у врача с ответственностью за жизнь другого и распространяется на ответственность за собственную жизнь и благополучие, медицинские работники имеют больше шансов на сохранение здоровья. В такой ситуации медицинские профилактические осмотры не должны носить формальный характер, а состояние психологического климата в организации ее руководители не должно пускаться на самотек.

Важными вопросами, которым до сих пор уделяется недостаточно внимания, являются планирование собственной профессиональной перспективы, планирование ее окончания и продолжения продуктивной жизни в новом статусе. Данные вопросы должны стать необходимыми компонентами в системе подготовки медицинских кадров на университетском и последипломном уровнях.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Angood P.B. We know about physician burnout; what about physician happiness? *Physician Exec*, 2013, Jul.-Aug., vol. 39(4), pp. 4–5.
2. Cohen D., Winstanley S., Palmer P., Allen J., Howells S., Greene G., Rhydderch M. Factors that impact on medical student wellbeing. Perspectives of risks Individual Support Programme School of Medicine Cardiff University. Cardiff, 2013, 83 p.
3. De Leeuw PW. Doctors in love. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2012, vol. 156(51): A5860 (Dutch).
4. Fernández del Castillo-Sánchez C. The surgeon at retirement. *Cir Cir.*, 2012, Jul.-Aug., vol. 80(4), pp. 399–402 (Spanish).
5. Grammaticos P.C. Medical deontology, meetings, journals, candidacy for higher posts and how to better enjoy life. *Hell J. Nucl. Med.*, 2014, May-Aug., vol. 17(2), pp. 85-86. doi: 10.1967/s002449910133.
6. Jena A.B., Khullar D., Ho O., Olenski A.R., Blumenthal D.M. Sex Differences in Academic Rank in US Medical Schools in 2014. *JAMA*, 2015, Sep. 15, vol. 314(11), pp. 1149-1158. doi: 10.1001/jama.2015.10680.
7. Kassam A, Horton J, Shoimer I, Patten S. Predictors of Well-Being in Resident Physicians: A Descriptive and Psychometric Study. *J. Grad. Med. Educ.*, 2015, Mar., vol. 7(1), pp. 70-74. doi: 10.4300/JGME-D-14-00022.1.
8. Klein G., Hussain N., Sprague S., Mehlman C.T., Dogbey G., Bhandari M. Characteristics of highly successful orthopedic surgeons: a survey of orthopedic chairs and editors. *Can. J. Surg.*, 2013, Jun., vol. 56(3), pp. 192–198. doi: 10.1503/cjs.017511.
9. Lamberth B.B. Workplace Bullying in Healthcare. Part 3. *Radiol Manage*, 2015, May-Jun., vol. 37(3), pp. 18–22; quiz 24-5.
10. Magnavita N, Fileni A. Violence against radiologists. II: Psychosocial factors. *Radiol Med.*, 2012, Sep., vol. 117(6), pp. 1034–1043.
11. Margaryan A. Health and wellbeing of physicians as a guarantee of better quality of medical care. Available at: <http://www.eaph.eu/pdf/2015-bcn/29-Margaryan.pdf> (Accessed 25 September 2015).
12. Martín Del Campo Martínez N, Sánchez Marle J.F. Planning the medical retirement for a happy old age. *Gac Med Mex.*, 2011, May-Jun., vol. 147(3), pp. 246–249 (Spanish).
13. Nikolaev E., Voronin A. Physician personality traits and professional stress. Keeping Doctors Healthy – A European Perspective: European Association for Physician Health Conference. Dublin, Ireland, 2013.
14. Seyama Y. Happy experience of a medical doctor curing from pancreatic cancer: a 60-day diary. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci*, 2012, vol. 88(8), pp. 462–469.
15. Travers V, Watrelot A, Cuche H. Evaluation of the level of stress and his indicators in physicians working in operating room. *Presse Med.*, 2012. Dec., vol. 41(12Pt 1), pp. e577–e585. doi: 10.1016/j.lpm.2012.09.003.
16. Van Dongen CM, van der Graaf Y. The happy doctor. *Ned Tijdschr Geneeskd.*, 2012, vol. 156(51):A5847 (Dutch).

Николаев Е.Л. Работайте на здоровье?.. // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 6–16.

Аннотация. Несёт ли работа в медицине вред здоровью специалиста? Работа в медицине, как правило, связана с высоким уровнем стресса, определяемым ответственностью за жизнь человека, необходимостью принимать быстрые и правильные решения, умением заполнять многочисленные медицинские документы, каждый из которых потенциально может стать предметом судебного разбирательства. В то же время при позитивном отношении к ситуации врач может получать массу положительных эмоций от своей профессии. Особо позитивную роль играют принятие себя в своей профессии, способность получать удовольствие от неё – от возможности помочь другому, от общения с другим и непохожим на тебя, от непредсказуемости завтрашнего дня и неподдельного интереса к тому, каким образом ты с этим справляешься. Дополнение клинического опыта образовательной, научной, общественной деятельностью способно даже при самых высоких нагрузках помочь специалисту получать удовлетворение от работы в медицине, быть успешным и счастливым. Медицинские работники так же, как и все остальные люди, болеют. Не меньше, чем во всем обществе, среди них распространены и негативные формы межличностного поведения. Близость к медицинской помощи не делает их более здоровыми или благополучными. Нередко они имеют больше объективных факторов риска по некоторым заболеваниям. Однако когда ответственность за жизнь сочетается у врача с ответственностью за жизнь другого и распространяется на ответственность за собственную жизнь и благополучие, медицинские работники имеют больше шансов на сохранение здоровья. В такой ситуации медицинские профилактические осмотры не должны носить формальный характер, а состояние психологического климата в организации ее руководители не должно пускать на самотек. Еще одним важным вопросом в медицине является планирование специалистом собственной профессиональной перспективы, в том числе ее окончания. Данные вопросы должны стать необходимым компонентом в системе подготовки медицинских кадров.

Ключевые слова: медицина, профессиональное здоровье, профессиональное благополучие, счастье, удовлетворенность, профилактика.

Информация об авторе:

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Nikolaev E.L. Rabotaite na zdorov'ie?.. [Work for your health?..] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 6–16.

Abstract. Does working in healthcare bear any harm to health? Working in healthcare is usually accompanied by great emotional stress due to responsibility for a patient's life, necessity to make prompt and proper decisions, ability to fill in numerous medical records, each of which can become case at law. At the same time, doctors can receive a great amount of positive emotions from their work if their outlook on such situations is positive. Particularly favorable is accepting oneself in this profession, the ability to enjoy it – to enjoy a possibility to help other people, to communicate with them and see they are not like you, to enjoy the uncertainty of tomorrow and genuine interest to how you manage all this. Complementing clinical practice with educational, scientific and social work can help healthcare specialists get satisfaction from their work, be successful and happy even when they work under highest pressure. Medical workers get ill like many other people. Not less than the whole society do they develop negative forms of interpersonal behavior. Affiliation with healthcare does not make them healthier or happier. As a rule, they are more often subjected to the influence of objective risk factors of certain diseases. However, when the responsibility for life combines the responsibility for the life of another person and the responsibility for their own life and well-being, healthcare workers have more chances to keep in good health. In such a situation, medical preventive examinations should be carried out more thoroughly and the managers of an organisation should pay greater attention to its psychological climate. Another important issue in healthcare is planning by specialists of their own professional career, including its termination. These issues must become an indispensable component of the healthcare workers training programs.

Keywords: medicine, professionals' health, professionals' well-being, happiness, satisfaction, prevention.

Information about authors:

Nikolaev Evgeni, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031. pzdorovie@bk.ru.

Поступила: 21.09.2015

Received: 21.09.2015

УДК 616.89-008.441:331

ББК Ю974.219

ТРУДОГОЛИЗМ: ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Л.Н. Юрьева

Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепропетровск, Украина

Работоголизм как клинический феномен впервые был описан в 1971 г. профессором психологии религии, священником W. Oates, который не только впервые ввел в употребление термин «трудоголик», но и описал признаки этой зависимости [10]. К трудоголикам он относил лиц, испытывающих психологическую зависимость от работы и компульсивную потребность трудиться. Он отмечал, что эти люди работают так же «запойно» и точно так же зависимы от работы, как алкоголик от водки. Несмотря на полувековую историю изучения этого феномена, проблеме работоголизма посвящено очень мало исследований, так как зависимость от работы во многих странах мира является социально одобряемой и поощряемой формой поведения.

Данные многочисленных исследований персопологов, посвященные изучению мотивации к трудовой деятельности, удовлетворенности работой и вовлеченности в нее, убедительно доказывают, что труд – это не столько удовлетворение потребности человека в средствах к существованию, сколько социально приемлемый способ решения своих психологических проблем.

Анализ многочисленных теорий о психологических функциях труда, а также данных собственных многолетних наблюдений и исследований синдрома выгорания у медицинских работников позволил автору структурировать психологические функции трудовой деятельности человека и выделить как позитивные, так и негативные стороны трудовой деятельности, знание которых очень важно для понимания механизмов формирования работоголизма и его профилактики [5, 6].

Позитивные психологические функции труда

1. *Труд структурирует жизнь человека и делает ее осмысленной.* График работы диктует ежедневный распорядок дня, позволя-

ет структурировать жизнь на недели, месяцы и годы, что дает ощущение власти над временем и чувство продвижения вперед к цели. Отсутствие четкой временной структуры жизни и цели, к которой необходимо двигаться, способствует возникновению экзистенциального вакуума, вызывает чувство тревоги и симптомы, характерные для «воскресного невроза» и «невроза безработных».

2. В процессе трудовой деятельности человек учится, достигая определенного мастерства, что дает ему ощущение творческой деятельности и наличия смысла жизни. Отсутствие трудовых достижений и творческой деятельности влечет за собой чувство неудовлетворенности, снижение самооценки и уровня притязаний, может вызывать утрату смысла жизни и потенцирует развитие «ноогенного невроза».

3. Труд дает возможность приспособливаться к реальному миру и достигать личностной зрелости. У зрелой личности это становится достаточно сильным, что дает человеку возможность удовлетворять свои базисные потребности в социально приемлемой форме. Если этого не происходит, неосознаваемые либидозные потребности вызывают у человека повышенный уровень тревожности.

4. Труд способствует формированию положительной самооценки, является источником личного статуса и идентичности. Трудовая деятельность, особенно на престижных должностях, дает чувство защищенности, силы, самоуважения и психологическое ощущение контроля над людьми и своей судьбой. Занимаемая должность определяет личностный статус человека и членов его семьи в обществе.

5. Труд позволяет общаться с людьми и избегать одиночества. Социальные и профессиональные контакты у многих людей осуществляются только на рабочем месте. Вне работы человек ограничен семейным и бытовым общением, что обедняет его внутренний мир, способствует потере квалификации, неудовлетворенности жизнью, снижению уровня притязаний и самооценки.

6. Труд удовлетворяет потребность человека в средствах к существованию.

Негативные психологические последствия трудовой деятельности

1. Регламентированная юридическими и морально-этическими нормами структура трудовой деятельности человека в обществе

препятствует свободному удовлетворению его базисных потребностей (сексуальных и агрессивных). Психологи объясняют негативное отношение некоторых людей к работе именно тем, что они вынуждены следовать принципу реальности, а не более предпочтительному для них принципу удовольствия. Такие люди, как правило, безответственны, беспечны, часто опаздывают на работу.

Сублимацией базисных потребностей объясняют также высокий уровень агрессивности и конкурентности на рабочих местах, который проявляется на вербальном уровне. Анализ обыденной речи людей в рабочей обстановке выявил высокий уровень агрессии, которая выражалась в терминах, используемых в их речи: «уцепиться за новую идею», «обрушить фондовый рынок», «бороться с фактами», «биться над решением задачи», «вгрызаться зубами в работу» и т.п. [11].

2. *Невротическая привязанность к работе.* З. Фрейд утверждал, что количество жизненной энергии, или либидо, у каждого человека индивидуально и фиксировано. Чем больше сил он тратит на трудовую деятельность, тем меньше энергии остается у него на удовлетворение базисных инстинктов. В идеале должен быть установлен баланс между работой и любовью. Если такой баланс не установлен и доминирует привязанность к работе, то у человека развивается психологическая зависимость от работы – работоголизм.

Среди общего числа работающих трудоголики составляют около 5%, причем большая часть из них – «здоровые» трудоголики [4]. Это преданные своей работе энтузиасты, увлеченные делом и получающие от этого огромное удовольствие. Для них работа – не тягостная обязанность и не способ купирования тревоги от неуверенности в прочности своего положения, а источник положительных эмоций. Как правило, у таких людей гармоничные семьи и работа, соответствующая их уровню знаний и умений. Это счастливые люди, болеющие за свое дело и его результаты.

Кроме «здоровых» трудоголиков, существуют и патологические работоголики. В настоящее время работоголизм такого рода рассматривается как разновидность аддиктивного поведения. Как всякая аддикция, работоголизм характеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния. Формирование работоголизма протекает по законам формирования аддиктивного процесса [1].

Такие люди попадают в поле зрения психиатра чаще всего в связи с невротическими депрессивными реакциями, тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами.

Согласно определению ВОЗ, *трудоголизм (work – aholism)* – это излишняя приверженность работе, переоценка своей трудовой деятельности и излишняя опора на свою работу как на исключительный источник идентичности и поддержки; при этом пренебрегаются иные ценности и виды деятельности, не связанные с работой (например, семья, развлечения, коллектив), которым уделяется недостаточное время[2].

Гуманистически ориентированные исследователи выделяют 4 типа трудоголиков [8]:

1. *Самоотверженный трудоголик.* Вся жизнь посвящена только работе, других дел и увлечений нет. Люди этого типа отказывают себе в личной жизни и отдыхе, многие из них интровертированы и лишены чувства юмора;

2. *Интегрированный трудоголик.* Помимо работы интересуются и другими проблемами, не имеющими отношения к труду;

3. *Диффузный трудоголик.* У людей этого типа помимо работы есть много других интересов и целей, а также связей с другими людьми, которые гораздо шире и разнообразнее, чем у интегрированных трудоголиков. Они могут менять места работы, преследуя свои цели.

4. *Интенсивный трудоголик.* Люди этого типа к отдыху относятся с такой же страстью, как и к работе. Они предпочитают соревновательные виды спорта, их отдых также напряжен и связан с конкурентной борьбой, как и работа.

О трудоголизме как о клиническом феномене, требующем терапии и коррекции, можно говорить при наличии следующих признаков и симптомов [1, 9, 10]:

1. Чрезмерная приверженность работе, с помощью которой трудоголик уходит от реальности и изменяет свое психическое состояние.

2. Компulsive стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих, мнение которых определяет психологическое состояние и психический статус работоголика.

3. В психологическом состоянии доминирует тревога, обусловленная страхом потерпеть неудачу, проиграть в конкурент-

ной борьбе либо выглядеть некомпетентным при выполнении своих профессиональных обязанностей.

4. Склонность к перфекционизму и постоянным сомнениям.

5. Склонность к эгоцентризму, пренебрежению интересами окружающих, сотрудников, родственников (вплоть до признания их «врагами»), если они не поддерживают их начинаний.

6. Прогрессирующее сужение круга общения и интересов, которые в конечном итоге ограничиваются только рабочими проблемами. Продуктивное общение с людьми возможно только на профессиональные темы.

7. Амбициозность и склонность к соперничеству, невозможность делегировать часть своих дел и полномочий коллегам из-за страха потерять полный контроль над ситуацией на рабочем месте.

8. Выраженное желание быть в курсе всех дел и влиять на ход событий.

9. Невозможность ответить отказом на предложение о дополнительной работе. Крайняя чувствительность к критике, которая усиливает чувство тревоги и несостоятельности, которые приводят к взрыву раздражительности с обвинениями окружающих.

10. Предпочтение работы отдыху или использование времени отдыха для работы. Избегание уходить в отпуск и брать отгулы, так как отдых не приносит им удовольствия и усиливает чувство психологического дискомфорта и тревоги. Трудоголики не видят в традиционных формах отдыха никакого смысла, они считают его потерей времени, он не приносит им удовольствия и расслабления, поскольку их мысли заняты работой и страхами по поводу того, что они утратили контроль над рабочей ситуацией. На отдыхе они тревожны, напряжены, озабочены, постоянно звонят на работу и «руководят по телефону». Очень часто работоголики досрочно завершают отпуск и возвращаются на работу.

Клинически трудоголизм рассматривается либо как нехимическая аддикция (т.е. патологическая зависимость от труда) [1], либо как невротическое, obsessивно-компульсивное расстройство, для которого характерны навязчивые мысли о работе (по типу умственной жвачки) и ритуальные действия, направленные на купирование тревоги и страха, связанных с рабочими ситуациями [9].

Факторы риска формирования рабочегоголизма [5]

1. *Воспитание в детстве.* Если один или оба родителя являются рабочегоголиками, то семья представляет собой аддиктивную систему, в которой ребенок является созависимым. Проявление родительской любви в такой семье зависит только от успехов ребенка, его места в рейтинге, его оценок и т.п. У таких детей с детства повышен уровень тревоги и отсутствует чувство эмоциональной безопасности. Становление личности ребенка происходит по законам формирования созависимой личности. Он не получает достаточно эмоционального тепла, очень рано у него формируется завышенный уровень притязаний, желание всегда любой ценой быть первым, успешным, совершенным, т.е. быть «лучше всех». Он обречен доказывать свою конкурентоспособность и состоятельность для того, чтобы заслужить любовь родителей, а в последующем и окружающих.

2. Особенности личности:

- обсессивное стремление к достижению поставленных целей;
- выраженная потребность манипулировать и управлять людьми;
- доминирующая потребность в порядке и анализе;
- выраженная потребность в чувстве собственной эффективности и результативности, а также в профессиональном самосовершенствовании.

Чаще всего среди рабочегоголиков встречается экстравертированный мыслительный тип личности (по К. Юнгу).

3. *Стиль руководства и корпоративная культура.* Если руководитель учреждения или подразделения рабочегоголик, то такая организация, как правило, представляет собой аддиктивную систему со своими корпоративными традициями, представлениями и нормами. Работник, попадая в аддиктивную систему, становится созависимым. Он вынужден следовать правилам этой системы. В противном случае он вступит в конфликт (внешний или внутренний) с руководством и коллегами. Аналогичная ситуация наблюдается, если руководитель страдает другими видами аддикции (например, зависим от алкоголя).

4. *Социально-психологические и культуральные факторы.* Доказано, что пограничные психические и поведенческие расстройства являются феноменом психологии и культуры [3]. В современном постиндустриальном обществе культивируется и поощряется пристрастие к работе. Рабочегоголиков больше в тех странах,

где доминирует сверхценное отношение к деньгам, выражена конкурентная борьба и ценятся лидеры. Кроме того, ряд религий поощряет работоголизм. Например, трудоголики являются олицетворением протестантской трудовой этики.

Знание факторов риска формирования работоголизма, а также психологической и психопатологической динамики его формирования позволило нам создать программы для профилактики и коррекции синдрома выгорания у специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья [7]. Особое внимание было уделено образовательной стратегии превенции, которая осуществлялась нами как на додипломном этапе, так и на последипломном этапе образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения // Обозр. психиатрии и мед. психол. 1993. № 1. С. 17–29.
2. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения: пер. с англ. Киев: Сфера, 2001. 398 с.
3. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
4. Шульц Д., Шульц С. Психология и работа. СПб.: Питер, 2003. 560 с.
5. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев: Сфера, 2004. 272 с.
6. Юрьева Л.Н. Психологический подход к трудовой деятельности – ресурс для повышения эффективности профессионального образования специалистов сферы охраны психического здоровья // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Международ. учеб.-метод. конф. Чебоксары, 2014. С. 257–260.
7. Юрьева Л.Н., Носов С.Г. Стратегии профилактики и коррекции синдрома выгорания у врачей-психиатров // Организационно-методическое обеспечение образовательного процесса в современных условиях: материалы V Международ. учеб.-метод. конф. Чебоксары, 2013. С. 187–190.
8. Furnham A., Heaven P. Personality and social behavior. L., 1999, 368 p.
9. Machlowitz M. Workaholics. N.Y., Mentor, 1980, pp. 44–65.
10. Oates W. Confessions of a workaholic. N.Y., World Publishing Co, 1971.
11. Rohrllich J. Work and love: the crucial balance. N.Y., Summit, 1980.

REFERENCES

1. Korolenko Ts.P. *Rabotogolizm – respektabel'naya forma addiktivnogo povedeniya* [Workaholism as accepted form of addictive behaviour]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskih psikhologii* [Psychiatry and medicine psychology review], 1993, no. 1, pp. 17–29.
2. Ayd F.J. *Lexicon of Psychiatry, Neurology, and the Neurosciences*. WHO; Lippincott William & Wilkins, 2000, 1104 p. (Russ. ed.: *Leksikony psikiatrii Vsemirnoi organizatsii zdravookhraneniya*. Kiev, Sfera, 2001, 398 p.).

3. Nikolaev E.L. *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as psychological and cultural phenomenon]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2006, 384 p.
4. Schultz D.P., Schultz S.E. *Psychology and work today: An introduction to industrial and organizational psychology*. Prentice Hall, 2001, 504 p. (Russ. ed.: Shul'ts D., Shul'ts S. *Psikhologiya i rabota*. St. Petersburg, Piter Publ., 2003, 560 p.).
5. Yur'eva L.N. *Professional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov: formirovanie, profilaktika, korrektsiya* [Professional burnout of healthcare workers: formation, prevention, correction]. Kiev, Sfera Publ., 2004, 272 p.
6. Yur'eva L.N. *Psikhologicheskii podkhod k trudovoi deyatel'nosti – resurs dlya povysheniya effektivnosti professional'nogo obrazovaniya spetsialistov sfery okhrany psikhicheskogo zdorov'ya* [Psychological approach towards labor activity as resource of vocational education effectiveness increase for community mental health protection professionals]. *Voprosy povysheniya effektivnosti professional'nogo obrazovaniya v sovremennykh usloviyakh: materialy VI Mezhdunar. ucheb.-metod. konf.* [Proc. of 4th Int. Conf. «Problems of vocational education effectiveness increase under present conditions»]. Cheboksary, 2014, pp. 257–260.
7. Yur'eva L.N., Nosov S.G. *Strategii profilaktiki i korrektsii sindroma vygoraniya u vrachei-psikhiatrov* [Prevention and correction strategies of psychiatrists' burnout syndrome]. *Organizatsionno-metodicheskoe obespechenie obrazovatel'nogo protsessa v sovremennykh usloviyakh: materialy V Mezhdunar. ucheb.-metod. konf.* [Proc. of 5th Int. Conf. «Organizational and methodological support of education process under present conditions»]. Cheboksary, 2013, pp. 187–190.
8. Furnham A., Heaven P. *Personality and social behavior*. L., 1999, 368 p.
9. Machlowitz M. *Workaholics*. N.Y., Mentor, 1980, pp. 44–65.
10. Oates W. *Confessions of a workaholic*. N.Y., World Publishing Co, 1971.
11. Rohrlich J. *Work and love: the crucial balance*. N.Y., Summit, 1980.

Юрѳва Л.Н. Трудоголизм: факторы риска развития и признаки патологической зависимости // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 17–26.

Аннотация. В статье с психологических и психопатологических позиций рассматривается феномен трудоголизма (работоголизма, зависимости от работы). Труд – это не столько удовлетворение потребности человека в средствах к существованию, сколько социально приемлемый способ решения личностью собственных психологических проблем. Зависимость от работы во многих странах мира является социально одобряемой и поощряемой формой поведения. Описаны позитивные психологические функции трудовой деятельности: структурирование жизни человека; помощь в достижении человеком определенной степени мастерства, придание творческого характера жизни; возможность приспособления к реальному миру, достижение личностной зрелости; формирование положительной самооценки; возможность общения; возможность удовлетворения материальных потребностей. Среди негативных последствий выделены: морально-этическая и правовая регламентация сублимирован-

ных базовых потребностей личности; невротическая привязанность к труду, которая носит патогенный характер. Приведены психолого-психиатрические признаки патологической зависимости от работы, которая может рассматриваться либо в рамках нехимической аддикции, либо как невротическое, обсессивно-компульсивное расстройство. О трудоголизме как о клиническом феномене, требующем терапии и коррекции, можно говорить при наличии: чрезмерной приверженности работе с изменением психического состояния; компульсивного стремления к постоянному успеху и одобрению; доминирования в психологическом статусе тревоги, склонности к перфекционизму и постоянным сомнениям; эгоцентризма; сужения круга интересов до связанного только с работой; амбициозности и склонности к соперничеству; выраженного желания быть в курсе всего и влиять на ход событий; неспособности ответить отказом на предложение о дополнительной работе; чувствительности к критике; предпочтения работы отдыху или использованию времени отдыха для работы. Описаны типы трудоголиков и выделены факторы риска формирования трудоголизма: особенности воспитания в семье, особенности личности, стиль руководства и корпоративная культура, социально-психологические и культуральные факторы. Подчеркнута существенная роль образовательной стратегии в профилактике трудоголизма.

Ключевые слова

Трудоголизм, психологические функции труда, факторы риска, психологические и психопатологические симптомы, превенция.

Информация об авторе:

Юрьева Людмила Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, академик АН ВО Украины, заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Украина, 49115, Днепропетровск, ул. Бехтерева, 1. Тел. +380 56 7534656. lyuryeva@a-teleport.com.

Yur'yeva L.N. Trudogolizm: faktory riska razvitiya i priznaki patologicheskoi zavisimosti [Addiction to working: risk factors for development and signs of pathological addiction] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 17–26.

Abstract. The article gives a psychological and psychopathological view on the phenomenon of workaholism (addiction to working). Work does not only allow a person to satisfy their need to earn their living, but it also is a socially acceptable way to solve their own personal psychological problems. Addiction to working is a socially approved and rewarding behavior pattern in many countries of the world. The author describes positive psychological functions of working activity, such as structuration of a person's life, assistance in achieving a certain level of mastery, making their life more creative, possibility to adapt to a real

world, personal maturing, forming a positive self-rating, possibility to communicate and satisfy their physical needs. Negative effects include moral and ethical regulation of a person's sublimated basic needs, a neurotic addiction to working, which is pathogenic in its nature. The article presents psychological and psychiatric signs of pathological addiction to working, which can be regarded either within non-chemical addiction or as a neurotic obsessive-compulsive disorder. Workaholism can be considered as a clinical phenomenon when there are signs of excessive addiction to working accompanied by changes in mental state; of compulsive yearning for permanent success and appraisal; of domineering anxiety, inclination towards perfectionism and constant doubts in psychological status; of egotism; of tapering a circle of interests to those only connected with work; of ambitiousness and inclination for competition; of explicit desire to be in the know and to influence the course of events; of inability to refuse to take up extra work; of vulnerability to criticism; of preferring work to rest or working at the time intended for rest. The author also describes types of workaholics and points out the risk factors of developing addiction to working, such as family education traditions, management style and corporate culture, social, psychological and cultural factors. It was underlined that an educational strategy plays a significant role in preventing workaholism.

Keywords: workaholism, psychological functions of work, risk factors, psychological and psychopathological signs, prevention.

Information about author:

Yur'yeva Lyudmila, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Member of Academy of Sciences for Higher Education of Ukraine, Head of Psychiatry Department of Postgraduate Faculty, Dnepropetrovsk Medical Academy, Ministry of Health, Ukraine. 1, Behtereva st., Dnepropetrovsk, 49115, Ukraine, Tel. +380 56 7534656. lyuryeva@a-teleport.com.

Поступила: 15.09.2015

Received: 15.09.2015

УДК 614.253
ББК Ю979-69

ЧТО ВОЛНУЕТ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Е.Л. Николаев

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Введение

Профессиональная специфика и высокая интенсивность труда в современной медицине сопровождаются формированием целого спектра неблагоприятных для личности и здоровья специалиста последствий. Наиболее незначительные признаки нарушения здоровья и снижения благополучия у профессионала в медицине отмечены в рамках изучения адаптивных возможностей медицинского работника [14], которые отражают как личностные особенности профессионала [3], проявляющиеся, в том числе, в степени его самоорганизации [4], отношении к профессиональной деятельности [5], оптимизме [6], так и такие интегральные характеристики, как социальное функционирование [7] и качество жизни [7–9].

Более часто при рассмотрении вопросов профессиональной деятельности в медицине речь идет о феномене эмоционального или профессионального выгорания – состояния, которое с медицинской точки зрения может быть охарактеризовано как функциональное состояние донологического уровня с широким спектром неспецифических психоэмоциональных проявлений. Масштабы распространенности профессионального выгорания среди медицинских работников значительны [1] и отмечены даже у студентов медицинских специальностей [15]. Феномен выгорания изучается как отдельно у специалистов различных направлений [16], так и в сравнении этого явления у работников общеврачебной сети и специализированных служб [25].

В зарубежной литературе в контексте профессионального здоровья все больший интерес вызывает изучение вопросов про-

фессионального дистресса [17, 18], которые соотносятся с удовлетворенностью работой [17, 25], условиями труда [18] и необходимостью позитивных изменений в организации труда медицинских специалистов [17, 18].

На сегодняшний день существует определенный опыт исследования состояния здоровья медицинских работников и актуальных для него рисков [9]. Так, установлена положительная связь между частотой ночных дежурств у врачей и такими показателями стресс-реакций сердечно-сосудистой системы, как вариабельность сердечного ритма и артериального давления [23]. Неудивительно, что предметом научного интереса становится изучение распространенности инфаркта миокарда среди врачей [19].

По сообщениям тайваньских исследователей, врачи, в сравнении с общей популяцией, имеют меньший риск госпитализаций по состоянию здоровья в связи с психиатрическими проблемами. Большой риск госпитализаций имеют врачи женского пола в возрасте моложе 30 и старше 60 лет [24]. Стоматологи, несмотря на меньшую общую частоту визитов к врачу, чем их коллеги других медицинских специальностей, чаще посещают врача в связи с состоянием эндокринной, обменной и иммунной систем [20].

Имеются научные данные и по медицинским сестрам. В литературе описано, что по результатам амбулаторных посещений врача медицинские сестры в сравнении с другими немедицинскими специалистами, работающими в больнице, имеют достоверно более высокую заболеваемость, связанную с патологией мочеполовой, сосудистой системы, в связи с нарушениями в психической сфере, инфекционными и паразитарными заболеваниями, осложнениями беременности и родов [22].

Как видно из этого краткого анализа, профессиональная деятельность в современной медицине представляет угрозу психологическому благополучию и здоровью специалиста. Результаты многочисленных научных исследований позволяют в определенной мере объективизировать значение некоторых факторов, несущих угрозу здоровью и благополучию личности медицинского работника. В то же время примеров анализа того, как воспринимаются профессиональные проблемы медицинских работников ими самими «изнутри», явно недостаточно. Подобный анализ, ставший целью данной работы для разработки коррекционно-профилактических

подходов для сохранения здоровья и благополучия медицинских работников, лег в основу проведенного исследования.

Данное исследование проводилось Центром дополнительного образования Чувашского госуниверситета в рамках реализации программ дополнительного образования для работников медицинских организаций Чувашской Республики. Впервые существенным блоком этих программ стали модули психологического содержания с вопросами по тематике стресса и стресс-менеджмента, психологии конструктивного общения, психологии конфликта и его конструктивного разрешения, психологии профессионального выгорания, психологии профессиональной деформации, личностного и профессионального роста.

Материал и методы исследования

Всего в исследовании участвовали 390 специалистов, работающих в сфере практического здравоохранения. Это были руководители медицинских организаций высшего звена – 64 главных врача, 50 заместителей главного врача, 209 врачей – руководителей среднего звена (заведующие отделениями) и врачей, 67 медицинских сестёр различного должностного уровня (главные медицинские сестры, старшие медицинские сестры, медицинские сестры стационаров и поликлиник).

Со всеми участниками образовательной программы проводились специальные занятия, предусматривавшие помимо краткого лекционного курса специальное психодиагностическое обследование для определения выраженности психоэмоционального напряжения в связи с выполнением повседневных профессиональных обязанностей.

Диагностика специфики и степени психоэмоционального напряжения медицинских работников проводилась при помощи Опросника для выявления степени «Эмоционального выгорания» [2], который ориентирован на специалистов, постоянно взаимодействующих в ходе своей профессиональной деятельности с людьми. Он состоит из 84 утверждений, согласие или несогласие с которыми позволяет определить специфику формирования у специалистов психологических защит в форме эмоционального выгорания. По результатам ответов, по мнению автора методики, представляется возможным определить степень выраженности двенадцати симптомов, составляющих три последовательные фазы син-

дрома эмоционального выгорания – напряжения, резистенции, истощения. Так можно судить о степени сформированности отдельных симптомов и фаз, а также ведущих симптомах в каждой фазе.

Данный опросник был предложен для анонимного заполнения всем участникам образовательной программы. Заполненные формы сдал 141 человек, среди которых были 54 врача и 87 медицинских сестер. В целях сохранения анонимности опрошенные не стали указывать свою медицинскую организацию, точную медицинскую специальность и конкретную должность. Остальные 249 участников программы или не заполняли формы опросника, или, ознакомившись с интерпретацией полученных результатов, не пожелали сдавать их организаторам программы, что вполне допускалось добровольным принципом участия в данном исследовании. По этой причине интерпретация количественных результатов проводилась по результатам опроса 141 человека (133 женщин и 8 мужчин). В связи с малым числом исследуемых лиц мужского пола интерпретация результатов исследования проводилась без учета гендерного фактора.

Помимо количественной информации о факторах психоэмоциональной напряженности в профессиональной деятельности медицинских работников собиралась качественная информация по данной проблеме. Для ее получения применялся метод фокус-группы. Работа в группе помогала изучать ее участников и их профессиональные проблемы в ситуации естественного общения, что было сложнее сделать в условиях индивидуального интервью. Данный подход, наряду с исследованиями в социологии, также используется в медицине и психологии при изучении содержания профессиональных проблем врачей [26] и студентов-медиков [21].

Для обработки количественных данных использовались методы математико-количественного анализа на основе Microsoft Excel 2010 с нахождением описательных статистических показателей, ранжирования, двухвыборочного *t*-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции *r*.

Результаты исследования и их обсуждение

Количественный анализ. Результаты, полученные при помощи Опросника для выявления степени «Эмоционального выгорания», помогли сравнить выраженность психоэмоциональной напряженности в группах врачей (средний возраст 40,29±8,94 года) и медицинских сестер (средний возраст 41,46±10,34 года).

Как видно из табл. 1, достоверных различий в выраженности фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер не отмечено. В обеих группах отмечены большие значения по шкале резистенции, средние – по шкале истощения, меньшие – по шкале напряжения, что в целом характеризует обе группы медицинских работников как благоприятные.

Таблица 1. Сравнительные данные средних значений показателей эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер ($M \pm \sigma$)

Показатель	Врачи	Медсестры	<i>t</i>	<i>p</i>
Фаза напряжения	35,89±20,90	35,86±19,15	0,009	0,0993
Фаза резистенции	56,33±20,67	54,32±20,67	0,561	0,575
Фаза истощения	44,74±20,28	41,80±18,01	0,898	0,371
Общий показатель эмоционального выгорания	136,96±51,99	131,99±47,18	0,585	0,560

По табл. 2 можно судить о распространённости эмоционального выгорания среди обследованных медицинских работников – в завершённой форме оно отмечено у каждой девятой медицинской сестры и каждого шестого врача. Его частота соответствует частоте третьей фазы в обеих группах – фазы истощения. Истощение как проявление эмоционального выгорания наиболее часто свидетельствует о том, что у медицинского работника появляется ощущение снижения эффективности общения с пациентами, эмоции притупляются, исчезает эмоциональная отзывчивость. Накапливается усталость от постоянных проблем своих пациентов и необходимости их решать. Усиливаются беспричинная раздражительность, неудовлетворенность своим трудом и имеющимися результатами. Отдых перестает приносить восстановление сил. Даже мысли о работе становятся неприятными. В конце рабочего дня может возникнуть недомогание. Ухудшаются самочувствие и здоровье.

Фаза резистенции встречается у каждого третьего врача и медицинской сестры. Ее проявления могут быть следующими: продуктивность взаимодействия с пациентами и коллегами начинает зависеть от настроения, появляется стремление ограничить контакты, чаще быть в одиночестве. Контакты также ограничиваются из-за ощущения нехватки времени, что становится заметно пациентам и чем они нередко выражают недовольство. Пере-

пады настроения негативно влияют на профессиональную деятельность, что, в свою очередь, ухудшает настроение специалиста. Напряжение, накопленное на работе, проявляется в домашней обстановке, что ухудшает внутрисемейные отношения.

Таблица 2. Сравнительные показатели структуры эмоционального выгорания с учетом их сформированности у врачей и медицинских сестер, %

Параметр	Фаза не сформирована		Формирующаяся фаза		Фаза сформирована	
	врачи	мед-сестры	врачи	мед-сестры	врачи	мед-сестры
Фаза напряжения	57,41	57,47	31,48	33,33	11,11	9,20
Фаза резистенции	11,11	16,09	55,56	47,13	33,33	36,78
Фаза истощения	35,19	42,53	46,30	47,13	16,67	10,34
Общий показатель эмоционального выгорания	31,48	32,18	51,85	56,32	16,67	11,49

Значительно реже отмечена распространённость среди медработников первой фазы выгорания – напряжения. Напряжение проявляется сложностями во взаимодействии с пациентами, частыми разногласиями с коллегами, недопониманием с руководством, ощущением усталости от перегрузок в течение рабочего дня. При этом чувство удовлетворенности собой и своей деятельностью снижено. Ощущаются отсутствие позитивных перспектив, снижение активности, понижение настроения и нежелание что-либо предпринимать. В своей завершённой форме данная фаза встречается у каждого десятого медицинского работника.

Продолжая анализ по табл. 2, можно отметить, что более чем у половины исследуемых обеих групп (51,2% врачей и 56,3% медицинских сестер) имеются признаки формирования синдрома эмоционального выгорания в основном за счет резистенции и истощения. И только у трети работников сферы здравоохранения (31,5% врачей и 32,2% медицинских сестер) фазы выгорания не сформированы. При этом более чем у половины из них (57,4% и 57,5%) отмечены начальные признаки фазы напряжения.

Различия между проявлениями эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер отмечены при проведении ранжирования средних значений показателей методики, соответствующих симптомам выгорания. Если на первом месте по выраженности в обеих группах находится симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования, то у врачей на втором месте отмечается эмоциональный дефицит – одно из проявлений более тяжелой фазы истощения, а у медицинских сестер – переживание психотравмирующих обстоятельств, относящееся к начальной фазе напряжения. Третий ранг также одинаково в обеих группах занимает редукция профессиональных обязанностей из фазы резистенции. Четвертый ранг у врачей – симптом переживания психотравмирующих обстоятельств фазы напряжения, у медицинских сестер – более тяжелое проявление фазы резистенции в форме эмоционального дефицита. Пятый ранг у врачей также соотносится с более тяжелым симптомом личностной деперсонализации фазы истощения. У медицинских сестер он проявляется расширением сферы экономии эмоций фазы резистентности.

При сравнении врачей и медицинских сестер отмечены сходства в корреляционных соотношениях в связи с возрастом (при уровне значимости $p < 0,05$). Чем старше врач и медсестра, тем более выражены у них: переживание психотравмирующих обстоятельств ($r = 0,374$ и $r = 0,243$), тревога и депрессия ($r = 0,444$ и $r = 0,378$), расширение сферы экономии эмоций ($r = 0,371$ и $r = 0,250$), а также глубина фазы напряжения ($r = 0,371$ и $r = 0,300$).

Определённый интерес представляет сравнение результатов эмоционального выгорания у медицинских сестер различного должностного уровня – 60 медицинских сестер стационаров и поликлиник (средний возраст $40,80 \pm 9,99$ года), а также 27 главных и старших медицинских сестер (средний возраст $39,15 \pm 6,00$ года) (табл. 3).

Значимые различия обнаружены в уровне истощения в описанных группах медицинских сестер, согласно которым медицинские сестры имеют более высокий уровень истощения в сравнении со старшими и главными сестрами медицинских организаций ($t = 2,249$; $p = 0,027$). Проведя дополнительный анализ по табл. 4, можно заметить, что в группе старших и главных сестер сформировавшаяся фаза истощения практически отсутствует.

Еще одним подтверждением более благополучного психоэмоционального статуса главных и старших медицинских сестер являются результаты ранжирования средних значений показателей опросника по симптомам эмоционального выгорания. Так, если в группе сестер на первом месте по выраженности находится симптом неадекватного избирательного реагирования фазы резистенции, то у главных и старших сестер чаще встречается симптом переживания психотравмирующих событий, относящийся к начальной фазе напряжения. Второе место у главных и старших медицинских сестер занимает симптом неадекватного избирательного реагирования фазы резистенции, у медицинских сестер – более тяжелый симптом эмоционального дефицита.

Таблица 3. Сравнительные данные средних значений показателей эмоционального выгорания у медицинских сестер различного должностного уровня ($M \pm \sigma$)

Показатель	Медицинские сестры	Старшие и главные сестры	<i>t</i>	<i>p</i>
Фаза напряжения	36,42±19,92	34,63±17,61	0,401	0,689
Фаза резистенции	56,80±19,92	48,81±21,62	1,686	0,096
Фаза истощения	44,65±19,38	35,48±12,65	2,249	0,027
Общий показатель эмоционального выгорания	137,87±48,86	118,93±41,11	1,753	0,083

Таблица 4. Сравнительные показатели структуры эмоционального выгорания с учетом их сформированности у медицинских сестер различного должностного уровня, %

Параметр	Фаза не сформирована		Формирующаяся фаза		Фаза сформирована	
	врачи	мед-сестры	врачи	мед-сестры	врачи	мед-сестры
Фаза напряжения	56,67	59,26	33,33	33,33	10,00	7,41
Фаза резистенции	8,33	33,33	56,67	25,96	35,00	40,74
Фаза истощения	35,00	59,26	50,00	40,74	15,00	-
Общий показатель эмоционального выгорания	30,00	37,04	55,00	59,26	15,00	3,70

Стоит также отметить, что в группе главных и старших медицинских сестер отмечено наличие значимой корреляционной связи между возрастом и глубиной эмоционально-нравственной дезориентации ($r = -0,462$; $p < 0,05$): чем старше специалист, тем более устойчивым он становится в нравственном плане.

Качественный анализ. Представленные выше количественные результаты получили содержательную конкретизацию по итогам проведения метода фокус-группы среди медицинских работников. Были выделены наиболее актуальные для каждой группы (врачи, заведующие отделениями, руководители, медицинские сестры) профессиональные проблемы психологического характера, по поводу которых проводилась дальнейшая психологическая психокоррекционная работа в ходе групповых занятий.

Профессиональные проблемы, предъявляемые *врачами* в ходе фокус-группового исследования, в основном носят организационный или нравственный характер. На первом месте у врачей стоит вопрос о значительном увеличении объемов работы в сравнении с прошлым периодом деятельности. Сюда относится не столько увеличение потока больных, сколько значительно возросший объем необходимой для заполнения медицинской документации, которая, по их мнению, напрямую не связана с качеством оказываемой ими медицинской помощи пациенту. Информатизация рабочего места часто не только не снимает это напряжение, а во многом увеличивает – не каждый специалист способен научиться быстро и эффективно работать с компьютерной техникой, нередко задержки введения или получения данных из компьютерных программ из-за их несовершенства или незапланированного отключения системы, плохого качества связи. В связи с этим врачей беспокоит, что они стали гораздо меньше времени уделять непосредственному общению с больным – их выслушиванию, опросу, обдумыванию лечебно-диагностической тактики.

Необходимость жесткого следования формализованным подходам в диагностике и лечении (стандарты, протоколы ведения больных) также является частым источником психоэмоционального напряжения. Нередко возникают такие ситуации, когда для эффективной помощи больному необходимо отклониться от их выполнения, что требует постоянного согласования с вышестоящим руководством и оформлением соответствующих документов.

Близкой темой является вопрос о трудностях в эффективном распределении времени при большом объеме работы. Многие врачи сталкиваются с «угрызениями совести» из-за того, что не могут выполнять работу качественно и в срок. Часто они вынуждены брать выполнение работы на дом, в частности оформление медицинской документации. При этом начинают считать себя неуспешными специалистами, несмотря на то, что пользуются любовью и уважением у пациентов. Отношение к ним руководства в большей мере определяется сроками и точностью выполнения всех предъявляемых требований.

Среди других вопросов, выделяемых врачами при фокус-групповом исследовании: необходимость выполнения не предусмотренных должностными обязанностями работ; низкий уровень взаимопонимания с руководством; неспособность и нежелание работать с конфликтными пациентами; ухудшение взаимопонимания с коллегами; несоизмеримость получаемой зарплаты с осуществляемыми трудовыми затратами.

Психологические проблемы *заведующих отделениями* во многом повторяют проблемы врачей. Наряду с описанными выше они дополняются новым спектром вопросов, в решении которых руководители структурных подразделений испытывают частые затруднения.

Прежде всего, это вопросы, связанные с трудностями мотивирования сотрудников на работу. Проблема состоит в том, что многие работники начинают выполнять свои обязанности формально и избегают брать на себя дополнительную нагрузку. Особенно остро это может проявляться в перераспределении дополнительных объемов работ при отпусках, больничных сотрудников. Предлагаемые доплаты за выполнение дополнительной работы расцениваются врачами как недостаточные и не соответствующие объему дополнительно выполняемой работы.

В системе здравоохранения работникам приходится выполнять и задачи немедицинского характера, которые ставятся руководством, что также вызывает немалый протест как у самых заведующих отделениями, так и работников – врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Заведующих отделениями так же, как и врачей, тревожит ограниченность своих возможностей в удовлетворении потребно-

стей пациентов, связанных со здоровьем, при нередком осознании такой необходимости.

Вопросы профессионального характера, поднимаемые *руководителями* медицинских организаций на фокус-группе, гораздо масштабнее. Они в большей степени отражают необходимость решения множества организационных задач. Среди актуальных профессиональных проблем часто звучат такие: недостаток медицинских кадров; нежелание сотрудников понимать актуальность решаемых задач и необходимость их неотложного решения; нежелание сотрудников работать по-новому, стремление продолжать работать «по старинке»; недоучет сотрудниками психологических факторов в работе с пациентами и следующие за этим недовольство и жалобы; незаинтересованность сотрудников результатом, формальное исполнение ими своих обязанностей.

Важным моментом в психологической работе над подобными проблемами является анализ стиля руководства организацией, определение руководителем своих личных неразрешенных психологических проблем и степени их вклада в профессиональную деятельность.

Не меньше проблем психологического характера выявляется при работе со *средним медицинским персоналом*. Фокус-группа с медицинскими сестрами проводилась таким образом, что в ней одновременно участвовали медицинские сестры различного уровня. В связи с этим больше разбирались вопросы, имеющие универсальный характер для среднего медперсонала.

Наиболее частые проблемы в этой группе следующие: необходимость выполнения несвойственной работы за врачей; ощущение недостаточного уважения к работе медсестры со стороны врачей; перекладывание врачами ответственности на медсестер; высокая частота дежурств из-за нехватки кадров; низкий уровень ответственности у молодых медсестер.

Как видно, основной круг профессиональных проблем медицинских сестер больше связан с межличностными отношениями с врачами. Фокус-группа показала, что в этой группе медицинских работников менее значимы вопросы нравственного и организационного плана и более актуальны вопросы внутривзаимодействия.

Заключение

Опыт проведенного исследования и коррекционно-профилактических занятий показал, что наиболее продуктивной формой работы над профессиональными проблемами медицинских работников являются балинтовские группы, проводимые отдельно для руководителей организаций, их заместителей, врачей и заведующих, главных и старших медсестер, медсестер. Группы должны быть однородными по должностному уровню их участников. Вынужденные попытки смешения руководителей, их заместителей, заведующих, главных сестер и медсестер между собой, как правило, неудачны. Более продуктивным является опыт балинтовских групп, в которых врачи работают вместе с заведующими отделениями.

Проведение балинтовских групп со специалистами здравоохранения помогает во многом снизить уровень их тревоги по вопросам профессиональной деятельности, лучше понять собственные сильные и слабые стороны, детально проанализировать наиболее проблемные ситуации, обменяться обратной связью с коллегами, расширить свой эмоциональный, когнитивный и поведенческий репертуар в подобных ситуациях, начать более конструктивно относиться к задачам и результатам своей профессиональной деятельности.

Опыт проведения балинтовских групп носит очень позитивный характер в плане психологической помощи медицинским работникам в разрешении повседневных профессиональных проблем. Именно потому он может быть продолжен непосредственно в условиях самих медицинских организаций, где такие группы могут проводиться для медицинских работников различного уровня на постоянной основе. Право проведения балинтовских групп может быть предоставлено врачам-психотерапевтам и медицинским психологам организаций, что соответствует специфике их профессиональной подготовки и спектру должностных обязанностей.

Руководителям медицинских организаций также рекомендовано создать в каждом учреждении специальную систему охраны профессионального здоровья медицинского работника. Оправданы систематическое повышение психологической грамотности специалистов [11, 12], повышение коммуникативной компетентности медицинских работников и руководителей [13], долгосрочная реализация дополнительных образовательных программ [10].

Отсутствие внимания к вопросам здоровья и благополучия личности профессионала в медицине чревато снижением качества медицинской помощи, снижением возможностей по обновлению кадрового состава за счет молодых специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2009. Вып. 3. С. 57–71.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999. 32 с.
3. Воронин А.Н., Николаев Е.Л. Личностные факторы профессиональной деятельности врача: аналитический обзор // Вестник психотерапии. 2014. № 52(57). С. 23–36.
4. Воронин А.Н., Николаев Е.Л. Психологические характеристики самоорганизации в профессиональной деятельности врача // Прикладные информационные аспекты медицины. 2013. Т. 16, № 1. С. 13–19.
5. Воронин А.Н., Николаев Е.Л. Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности // Вестник Чувашского университета. 2013. № 1. С. 79–85.
6. Воронин А.Н., Николаев Е.Л. Связь оптимизма с профессиональным самоотношением врача // Вестник Чувашского государственного педагогического университета им. И.Я. Яковлева. 2013. № 4-1(80). С. 44–47.
7. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Социальное функционирование и качество жизни врачей // Забайкальский медицинский вестник. 2012. № 2. С. 71–77.
8. Захарова А.Н. Отношение к здоровью как фактор качества жизни // Прикладная психология в условиях модернизации системы образования: традиции и современность. Чебоксары, 2008. С. 49–60.
9. Николаев Е.Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашского университета. 2014. № 2. С. 310–315.
10. Николаев Е.Л. Психологическая работа с профессиональными проблемами медицинских работников в рамках программ дополнительного образования // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учеб.-метод. конф. Чебоксары. 2014. С. 240–244.
11. Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., Трясугина М.А., Голенков А.В. Медицинская психология в системе вузовской подготовки менеджеров здравоохранения // Медицинская сестра. 2010. № 7. С. 44–47.
12. Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Николаев Е.Л. Психология в работе врача. Чебоксары, 2009. 176 с.
13. Петунова С.А. О формировании коммуникативной компетентности врача в профессиональной деятельности // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учеб.-метод. конф. Чебоксары. 2014. С. 252–257.

14. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 469–473.
15. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев: Сфера, 2004. 272 с.
16. Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 4. С. 91–96.
17. Bauer J., Groneberg D. Distress and job satisfaction among hospital physicians in internal medicine [Article in German]. *Internist (Berl)*, 2014, Oct., no. 55(10), pp. 1242–1250. doi: 10.1007/s00108-014-3575-x.
18. Bauer J., Groneberg D.A. Working conditions of physicians in hospitals – A comparison of specialties in German hospitals (iCept-Study) [Article in German]. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 2015, July, no. 140 (15), pp. e150-e158. doi: 10.1055/s-0041-103165.
19. Chen Y.T., Huang C.C., Weng S.F., Hsu C.C., Wang J.J., Lin H.J., Su S.B., Guo H.R., Juan C.W. Acute myocardial infarction: a comparison of the risk between physicians and the general population. *Biomed. Res. Int.*, 2015, 904328. doi: 10.1155/2015/904328. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352724/> (Accessed 31 August 2015).
20. Chiu C.T., Huang S.M., Lin Y.W., Ko M.C., Li C.Y. Outpatient visits by dentists: a nationwide cohort study in Taiwan. *Ind. Health*, 2012, no. 50(5), pp. 437–444.
21. Hicks L.K., Lin Y., Robertson D.W., Robinson D.L., Woodrow S.I. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*, 2001, vol. 322, pp. 709–710. doi: 10.1136/bmj.322.7288.709.
22. Huang I.C., Yang C.H., Sung F.C., Chen H.F., Li C.Y. Incidence of ambulatory care visits among female nursing staff in Taiwan: a claim data-based retrospective cohort analysis. *J. Clin. Nurs*, 2009, Apr., no. 18(8), pp. 1207–1216. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02461.x.
23. Lee H.H., Lo S.H., Chen B.Y., Lin Y.H., Chu D., Cheng T.J., Chen P.C., Guo Y.L. Increased night duty loading of physicians caused elevated blood pressure and sympathetic tones in a dose-dependent manner. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 2015, Aug. 1. doi: 10.1007/s00420-015-1080-8.
24. Lin C.M., Yang C.H., Sung F.C., Li C.Y. Risks and causes of hospitalizations among physicians in Taiwan. *Health Serv. Res.*, 2008, Apr., no. 43(2), pp. 675–692. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00776.x.
25. Renzi C., Tabolli S., Ianni A., Di Pietro C., Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2005, March, no. 19(2), pp. 153–157.
26. Varonena H., Kortteistob T., Kailac M. What may help or hinder the implementation of computerized decision support systems (CDSSs): a focus group study with physicians. *Family Practice*, 2008, no. 25(3), pp. 162–167. doi: 10.1093/fampra/cmn020.

REFERENCES

1. Balakhonov A.V., Belov V.G., Pyatibrat E.D., Pyatibrat A.O. *Emotsional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov kak predposylka astenizatsii i psikhosoma-ticheskoj patologii* [Emotional burnout of healthcare workers as precondition for astenisation and psychosomatic pathology]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta* [Bulletin of St. Petersburg State university], 2009, vol. 11, no. 3, pp. 57–71.
2. Boiko V.V. *Sindrom «emotsional'nogo vygoraniya» v professional'nom obshchenii* [Emotional burnout syndrome in professional communication]. St. Petersburg, 1999, 32 p.
3. Voronin A.N., Nikolaev E.L. *Lichnostnye faktory professional'noi deyatel'nosti vracha: analiticheskii obzor* [Personality factors of doctor's professional activity: analytical review]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2014, no. 52 (57), pp. 23–36.
4. Voronin A.N., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskie kharakteristiki samoorganizatsii v professional'noi deyatel'nosti vracha* [Self-organisation psychological traits of doctor's professional activity]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny* [Applied aspects of medicine], 2013, vol. 16, no. 1, pp. 13–19.
5. Voronin A.N., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskoe issledovanie lichnosti vracha v otnoshenii k professional'noi deyatel'nosti* [Psychological study of doctor's personality in regards with professional activity]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 1, pp. 79–85.
6. Voronin A.N., Nikolaev E.L. *Svyaz' optimizma s professional'nym samootnosheniem vracha* [Relationship between optimism and professional self-attitude of doctor]. *Vestnik Chuvashskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo uni-versiteta im. I.Ya. Yakovleva* [Bulletin of Chuvash State Pedagogic University afet I.Ya. Yakolev], 2013, no. 4-1 (80), pp. 44–47.
7. Govorin N.V., Bodagova E.A. *Sotsial'noe funktsionirovanie i kachestvo zhizni vrachei* [Doctors' social functioning and quality of life]. *Zabaikal'skii meditsinskii vestnik* [Transbaikalian Medicine Bulletin], 2012, no. 2, pp. 71–77.
8. Zakharova A.N. *Otnoshenie k zdorov'yu kak faktor kachestva zhizni* [Attitude towards health as quality of life factor]. *Prikladnaya psikhologiya v usloviyakh modernizatsii sistemy obrazovaniya: traditsii i sovremennost'* [Applied psychology in changing system of education: heritage and modernism]. Cheboksary, 2008, pp. 49–60.
9. Nikolaev E.L. *Otsenka kachestva zhizni, svyazannogo so zdorov'em: vrachi zdoro-vee, chem uchitelya?* [Estimation of health-related quality of life: are doctors healthier than teachers?]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2014, no. 2, pp. 310–315.
10. Nikolaev E.L. *Psikhologicheskaya rabota s professional'nymi problemami meditsinskikh rabotnikov v ramkakh programm dopolnitel'nogo obrazovaniya* [Psychological work with medicine workers' professional troubles within the scope of post-secondary training and education programs]. *Voprosy povysheniya effektivnosti professional'nogo obrazovaniya v sovremennykh usloviyakh: materialy VI Mezhdunarod. ucheb.-metod. konf.* [Proc. of 4th Int. Conf. «Problems of professional education effectiveness increase in actual conditions»], 2014, pp. 240–244.
11. Nikolaev E.L., Orlov F.V., Tryasugina M.A., Golenkov A.V. *Meditsinskaya psikhologiya v sisteme vuzovskoi podgotovki menedzherov zdravookhraneniya* [Medicine psy-

chology and its place in higher school health service management training]. *Medit-sinskaya sestra* [Nursery], 2010, no. 7, pp. 44–47.

12. Orlov F.V., Bulygina I.E., Nikolaev E.L. *Psikhologiya v rabote vracha* [Psychology in doctor's work]. Cheboksary, 2009, 176 p.

13. Petunova S.A. *O formirovaniy kommunikativnoy kompetentnosti vracha v professional'noi deyatelnosti* [On communicative competence formation in doctor's professional activity]. *Voprosy povysheniya effektivnosti professional'nogo obrazovaniya v sovremennykh usloviyakh: materialy VI Mezhdunarod. ucheb.-metod. konf.* [Proc. of 4th Int. Conf. «Problems of professional education effectiveness increase in actual conditions»], 2014, pp. 252–257.

14. Romanov S.N., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. *Sravnitel'noe issledovanie adaptivnykh kharakteristik lichnosti u studentov i vrachei* [Comparative study of personality adaptive traits in students and doctors]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 469–473.

15. Yur'eva L.N. *Professional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov: formirovanie, profilaktika, korrektsiya* [Professional burnout of healthcare workers: formation, prevention, correction]. Kiev, Sfera Publ., 2004, 272 p.

16. Yur'eva L.N. *Sindrom vygoraniya u sotrudnikov psikhiatricheskikh sluzhb: model' formirovaniya i masshtab problemy* [Burnout syndrome of mental health service employees: development model and size of the problem]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2004, no. 4, pp. 91–96.

17. Bauer J., Groneberg D. Distress and job satisfaction among hospital physicians in internal medicine [Article in German]. *Internist (Berl)*, 2014, Oct., no. 55(10), pp. 1242–1250. doi: 10.1007/s00108-014-3575-x.

18. Bauer J., Groneberg D.A. Working conditions of physicians in hospitals – A comparison of specialties in German hospitals (iCept-Study) [Article in German]. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 2015, July, no. 140 (15), pp. e150-e158. doi: 10.1055/s-0041-103165.

19. Chen Y.T., Huang C.C., Weng S.F., Hsu C.C., Wang J.J., Lin H.J., Su S.B., Guo H.R., Juan C.W. Acute myocardial infarction: a comparison of the risk between physicians and the general population. *Biomed. Res. Int.*, 2015, 904328. doi: 10.1155/2015/904328. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352724/> (Accessed 31 August 2015).

20. Chiu C.T., Huang S.M., Lin Y.W., Ko M.C., Li C.Y. Outpatient visits by dentists: a nationwide cohort study in Taiwan. *Ind. Health*, 2012, no. 50(5), pp. 437–444.

21. Hicks L.K., Lin Y., Robertson D.W., Robinson D.L., Woodrow S.I. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*, 2001, vol. 322, pp. 709–710. doi: 10.1136/bmj.322.7288.709.

22. Huang I.C., Yang C.H., Sung F.C., Chen H.F., Li C.Y. Incidence of ambulatory care visits among female nursing staff in Taiwan: a claim data-based retrospective cohort analysis. *J. Clin. Nurs*, 2009, Apr., no. 18(8), pp. 1207–1216. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02461.x.

23. Lee H.H., Lo S.H., Chen B.Y., Lin Y.H., Chu D., Cheng T.J., Chen P.C., Guo Y.L. Increased night duty loading of physicians caused elevated blood pressure and sympa-

thetic tones in a dose-dependent manner. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 2015, Aug. 1. doi: 10.1007/s00420-015-1080-8.

24. Lin C.M., Yang C.H., Sung F.C., Li C.Y. Risks and causes of hospitalizations among physicians in Taiwan. *Health Serv. Res.*, 2008, Apr., no. 43(2), pp. 675–692. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00776.x.

25. Renzi C., Tabolli S., Ianni A., Di Pietro C., Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2005, March, no. 19(2), pp. 153–157.

26. Varonena H., Kortteistob T., Kailac M. What may help or hinder the implementation of computerized decision support systems (CDSSs): a focus group study with physicians. *Family Practice*, 2008, no. 25(3), pp. 162–167. doi: 10.1093/fampra/cmn020.

Николаев Е.Л. Что волнует медицинского работника на рабочем месте: психологический контекст профилактики профессионального стресса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 27–45.

Аннотация

Введение. Профессиональная специфика и высокая интенсивность труда в современной медицине сопровождаются формированием неблагоприятных для личности и здоровья специалиста последствий. Многочисленные исследования позволили объективизировать значение роль факторов, несущих угрозу здоровью и благополучию личности в медицине. Анализ субъективного восприятия профессиональных проблем медицинскими работниками для разработки коррекционно-профилактических подходов с целью сохранения профессионального здоровья и благополучия личности стал целью исследования.

Материал и методы. В исследовании участвовали 390 работников здравоохранения – 64 главных врача, 50 заместителей главного врача, 209 врачей, 67 медицинских сестёр различного должностного уровня. Диагностика специфики и степени психоэмоционального напряжения проводилась при помощи Опросника для выявления степени «Эмоционального выгорания». Заполненные формы сдали 54 врача и 87 медицинских сестер. Для получения качественных данных применялась фокус-группа. Математическая обработка проводилась основе Microsoft Excel 2010 с нахождением описательных статистических показателей, ранжирования, *t*-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции.

Результаты и обсуждение. Достоверных различий в выраженности фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер не отмечено. В обеих группах отмечены большие значения по показателям резистенции, средние – по фазе истощения, меньшие – по фазе напряжения, что в целом характеризует обе группы медицинских работников благоприятно. Медицинские сестры имеют более высокий уровень

истощения в сравнении со старшими и главными сестрами. Качественный анализ по результатам фокус-группы показал, что профессиональные проблемы врачей носят организационный или нравственный характер. Заведующим часто приходится выполнять задачи немедицинского характера. Проблемы руководителей отражают необходимость оперативного решения организационных задач. Для медицинских сестер актуальны вопросы внутрипрофессионального взаимодействия.

Заключение. Продуктивной формой профилактики профессионального стресса в медицине являются балинтовские группы. Руководителям медицинских организаций рекомендовано создать систему охраны профессионального здоровья работников медицинского работника.

Ключевые слова: профессиональный стресс, профессиональное здоровье, профессиональное благополучие, выгорание, балинтовская группа, профилактика.

Информация об авторе:

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031. pzdorovie@bk.ru.

Nikolaev E.L. Chto volnuet meditsinskogo rabotnika na rabochem meste: psikhologicheskii kontekst profilaktiki professional'nogo stressa [What worries a health care professional at workplace: psychological context of occupational stress prevention] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 27–45.

Abstract

Introduction. The specific nature and high intensity of health professionals' work in modern medicine give rise to factors unfavorable for their personality and health. Multiple researches conducted on the issue allowed to objectify the role of the factors bearing harm to health and well-being of a health care worker. Hence, the subject matter of this research is to analyze a subjective perception of occupational problems by medical workers with the aim to work out correctional and preventive measures with the view of maintaining professionals' health and well-being.

Material and methods. The given research involved 390 health care workers including 64 doctors-in-chief, 50 deputy doctors-in-chief, 209 physicians, 67 nurses of various post levels. A specific nature and a degree of psychic and emotional tension were diagnosed based on the Questionnaire aimed to reveal a degree of «Emotional burnout». 54 practitioners and 87 nurses returned their completed forms. A sample group was used to obtain qualitative data. The data

were calculated based on Microsoft Excel 2010 by finding descriptive statistic indicators, ranking, Student's t-test, and correlation coefficient.

Results and discussion. The research did not reveal any significant difference in the evidence of physicians' and nurses' emotional burnout syndrome phases. Both groups showed upper-range values in resistance indicators, medium-ranged – in exhaustion phase, lower-ranged – in tension phase, which favorably characterizes both of the medical workers groups. Nurses showed a higher level of exhaustion as compared to senior nurses and senior nursing officers. The qualitative analysis of the sample group showings revealed the physicians' occupational problems are of organizational and ethical nature. Department chiefs often have to perform non-medical tasks. The health care management problems urge prompt decisions on organizational issues. Nurses showed acute concern in the issues of interaction with other medical workers within a healthcare organisation.

Conclusions. Balint Group is a productive form of preventing occupational stress in medicine. Managers of healthcare organisations are recommended to develop a system of occupational health protection for medical workers.

Keywords: occupational stress, professionals' health, professionals' well-being, burnout, Balint Group, prevention.

Information about author:

Nikolaev Evgeni – M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, *pzdorovie@bk.ru*.

Поступила: 08.09.2015

Received: 08.09.2015

УДК 614.253
ББК Ю979-99

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ КОНСТРУКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Н.В. Григорьева

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Введение

Профессиональное образование медицинских работников, наряду с дисциплинами естественнонаучного цикла, включает и дисциплины гуманитарного содержания, важнейшей из которых является психология. Тем не менее, несмотря на то, что в программы вузовской подготовки и медицинских сестер [14], и врачей [15] входит курс медицинской психологии, а, будучи студентами, медицинские работники теоретически и практически знакомятся с ролью и значением психологии в медицине [16], распространённость профессионального стресса в работе специалиста здравоохранения остаётся высокой [2], что можно связать с низким усвоением обучающимися психологических знаний. Все это впоследствии может сказываться в профессиональной деятельности.

Еще одним подтверждением невысокого уровня психологической грамотности студентов-медиков и врачей являются результаты сравнительного исследования их адаптивного личностного потенциала, согласно которым в обеих группах отмечается его снижение. При этом врачи представляют собой группу риска по развитию тревожных и депрессивных расстройств и аутоагрессивного поведения [19], что не может не сказываться не только на профессиональной деятельности специалиста, но и на качестве его жизни [8]. Неудивительно, что в центре многих современных исследований в медицине и психологии находятся вопросы изучения профессионального выгорания медицинского работника [22, 25]. Исследования в этом направлении ведутся в нашей стране и за рубежом в отношении как врачей [5, 10, 17, 23, 27] и медсестер [17, 26], так и только начинающих работать врачей-интернов [24].

Одним из наиболее важных средств профилактики профессионального выгорания исследователи считают формирование у специалистов здравоохранения коммуникативной компетентности [4, 6], развитие которой необходимо проводить как на додипломном этапе образования [16], так и на постдипломном [13, 18]. Некоторые ученые ставят вопрос шире, указывая на необходимость формирования у врача нарративной компетентности [11, 12], категории, находящейся на стыке психологии и биоэтики.

Неразвитость у медицинских работников навыков конструктивного бесконфликтного общения имеет важное значение как в их отношениях с коллегами, так и с пациентами [9]. Благополучные взаимоотношения в коллективе являются залогом удовлетворенности работников трудом, одним из условий высокой мотивации к труду [24]. Именно поэтому коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой медицинского специалиста [4, 17].

Медицинский специалист всегда так или иначе производит на пациента какое-либо впечатление, которое в дальнейшем становится основой дальнейшего взаимодействия. В отличие от здорового человека личность пациента изменяется и дополняется теми особенностями, которые вносит в нее болезнь. Поэтому общение с ним может быть затруднено в связи с наличием у него психологической напряженности, ведущей к вспыльчивости, недовольству, что может провоцировать конфликтное общение. Отношение к пациенту оказывает значимое влияние на его состояние. Если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению. Таким образом, характер поведения медработника может оказывать влияние на течение болезни. Следовательно, медработник должен быть компетентен не только в выполнении профессиональных задач, но и в профессиональном общении [17]. Отсутствие у медработника знаний, умений и навыков общения делает его профессионально некомпетентным [3]. Поэтому развитие навыков конструктивного общения (в том числе и бесконфликтного) является неотъемлемой частью непрерывного образования медицинских работников [13].

Рассматривая конфликты в медицинской сфере, следует отметить, что, исследуя проблемы групповой динамики, германо-американский психолог Курт Левин разработал концепцию дина-

мической системы поведения, которая находится под напряжением, когда нарушается равновесие между индивидом и средой. По его мнению, это напряжение проявляется в виде конфликтов. Он также предположил, что источником конфликта может быть неблагоприятный стиль деятельности лидера группы. К. Левин видел пути разрешения конфликтов в реорганизации мотивационных полей личности и структуры взаимодействия индивидов [1].

М.Х. Мескон, М. Альберт и Ф. Хедоурн выделили следующие основные причины производственных, организационных конфликтов [7], которые с полной определенностью могут быть отнесены и к медицинской среде: 1) проблемы распределения ресурсов в организации; 2) различия в целях (чем больше специализаций внутри организации, тем больше взаимного непонимания, так как у каждого структурного подразделения – свои интересы); 3) различия в представлении о ценностях (например, о такой ценности, как право выражать свое мнение в присутствии начальника); 4) различия в манере поведения и жизненном опыте (особенно если люди работают в одном подразделении); 5) неудовлетворительные коммуникации, часто ведущие к взаимному непониманию сотрудничающих сторон [20].

Основную причину конфликтов в человеческом обществе Дж. Ролз связывает с нарушением норм социальной справедливости и, как следствие – с ущемленным чувством собственного достоинства. При этом сама справедливость – это соответствие между вкладом человека в решение каких-то вопросов и получаемыми за это моральными или материальными благами [7]. Как утверждает И.П. Шейнов, 80% конфликтов возникает помимо желания их участников. Происходит это из-за особенностей нашей психики и того, что большинство людей либо не знают о них, либо не придают им должного значения [21].

Таким образом, проведенный анализ литературы показал, что конфликты в профессиональной медицинской деятельности чреваты особо негативными последствиями в связи с тем, что они влияют не только на работу медицинских специалистов, но и на лечебно-диагностический процесс в учреждении. Недостаточная психологическая компетентность, в частности, в сфере профессиональной коммуникации является фактором риска ухудшения здоровья и личного благополучия профессионала. Психологической подготовки медицинского специалиста, проводимой в вузе, недостаточно для

эффективной профессиональной деятельности. Она должна быть продолжена на последипломном этапе образования, органично встраиваясь в систему непрерывного образования. В связи с этим в данной работе поставлена задача рассмотреть специфику конфликтов у медицинских работников разного звена для определения направления работы по формированию у них навыков конструктивного общения в системе непрерывного образования.

Материал и методы исследования

Работа проводилась на базе Центра дополнительного образования Чувашского государственного университета в рамках реализации программ дополнительного образования для специалистов 60 медицинских организаций Чувашской Республики. Всего в программе участвовали 326 специалистов, среди которых – заведующие отделениями, врачи, главные медицинские сестры, старшие медицинские сестры, медицинские сестры. Обучение проводилось в группах численностью 25-30 человек на протяжении недели.

В качестве методической составляющей на этапе изучения заявленной проблемы проводился мониторинг актуального состояния проблемы на рабочих местах, где путем включенного наблюдения в процессе проведения теоретических и практических занятий программ дополнительного образования по разделу конфликтологии были выявлены особенности профессиональных конфликтов в сфере здравоохранения.

В результате полученных результатов были определены задачи коррекционно-развивающей работы, которые реализовывались в форме проведения обучающего психологического тренинга «Конструктивное общение». В заключение проделанной работы были определены дальнейшие образовательные траектории по развитию навыков коммуникативной компетентности в системе непрерывного образования как на базе образовательных учреждений, так и в системе медицинских организаций.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что причины конфликтов в здравоохранении несколько отличаются в зависимости от выполняемых функций. Для медицинских сестер наиболее актуальна ситуация соперничества. Рабочие смены в отделении распределены согласно специальному графику. В том случае, если стационарная медицинская сестра по каким-либо причинам не выходит

работать в свою смену, ее заменяет другая медсестра, что зачастую приводит к смене графика и увеличению рабочих смен у других медицинских сестер. Часто внеплановый выход на работу мешает отдыху в выходные или праздничные дни. Стресс, вызванный таким прерванным отдыхом, является одной из распространенных причин конфликтов в медицинских организациях, так как противоречит субъективному представлению о справедливости.

Различия в стиле поведения и жизненном опыте (особенно если люди работают в одном подразделении) также являются причиной возникающих конфликтов. Часто бывает, что одна медицинская сестра разрешает пациентам то, что запрещают другие. Например, звонить по рабочему телефону или смотреть телевизор в неустановленное для этого время. Четкое соблюдение должностных обязанностей вступает в противоречие с заботой о пациентах, что является причиной столкновения профессиональных интересов.

Для структурных руководителей подразделений медицинских организаций (заведующих отделениями и старших медицинских сестер) характерны конфликты, связанные с «недовольными» пациентами и со срабатываемостью медицинского персонала в коллективе. Руководители вынуждены решать все возникающие конфликты внутри медицинского учреждения. Часто они берут на себя роль «третьей стороны», где необходимо помочь в разрешении конфликтов как между пациентом и врачом, так и между самим персоналом.

Конфликты в сфере врачебной деятельности и обслуживания пациентов обусловлены также снижением уровня удовлетворенности трудом вследствие увеличения объема документации, недостаточной оплатой труда, эмоциональным и физическим истощением вследствие увеличения рабочего времени из-за ночных дежурств и подработок, увеличением числа агрессивных пациентов.

Существуют и общие причины конфликтов: противоположные ориентации вступающих во взаимодействие людей (различие потребностей); причины экономического и социального порядка; проблема несправедливости распределения. В медицине частой причиной конфликтов является распределение рабочих смен. Как правило, никто не хочет работать в Новый год. И при любом составлении рабочего графика находятся недовольные.

Актуальными являются и гендерные вопросы. Часто медицинский коллектив состоит из одних женщин. Как правило, жен-

щины более эмоциональны, склонны делиться своими переживаниями и событиями личной жизни. Иногда избыток подобной информации на рабочем месте может послужить созданию непривлекательного имиджа. Что, в свою очередь, будет являться поводом для профессионального конфликта.

Исходя из полученных результатов исследования была разработана специальная программа обучающего тренинга, представленная как практическими упражнениями для отработки эффективных навыков бесконфликтного общения, так и заданиями по осознанию участниками своих слабых сторон, препятствующих эффективному общению в целом.

Были обозначены следующие основные задачи практического курса конструктивного общения:

1) развитие у слушателей навыков бесконфликтного общения: навыков поведения в эмоционально напряженных ситуациях (в ситуации агрессивности партнера); отработка приемов неагрессивного ответа на давление и агрессию; знакомство с кодексом поведения в конфликте;

2) формирование навыков толерантности к индивидуальным особенностям собеседника;

3) развитие способностей выхода из конфликтной ситуации на основе корректного разрешения конфликта;

4) развитие навыков гибкой коммуникации, активного группового общения;

5) ознакомление со способами снятия внутренней напряженности, агрессии, гнева и других негативных эмоций. Формирование умения открыто высказывать свое мнение, выразить недовольство;

6) осознание личного вклада во взаимоотношения с людьми и качества этих отношений.

Ниже представлены некоторые методические подходы и практические приемы, реализуемые в рамках данной образовательной программы.

Так, в качестве актуализации у слушателей важности изучения темы конфликтов в профессиональной деятельности их вниманию были предложены для рассмотрения: основные понятия конфликта, механизмы его возникновения в медицинской сфере, стратегии поведения в конфликте, кодекс поведения в конфликте. Практическая

часть занятий была направлена на развитие навыков эффективного разрешения конфликтов, в группе руководителей в здравоохранении использовались игры и упражнения, предполагающие умение руководителей разрешать конфликты между подчиненными.

Акцент делался на ознакомление участников с наиболее характерными для людей формами поведения в конфликтных ситуациях, более продуктивными и разумными из них, а также с нерациональным и деструктивным поведением и методами стимулирования продуктивного поведения. Особо отмечалась необходимость развития у себя такого стиля поведения, как сотрудничество, который отличается как высокой степенью личной вовлеченности в удовлетворении конфликтных требований, так и сильным желанием объединить свои усилия с другими для разрешения межличностного конфликта.

Одной из содержательных игр была игра «Карамбия», целью которой являлось предоставление участникам возможности понять и почувствовать, каковы причины и следствия неэффективного межличностного общения, помощь в осознании ими того, что успешное и продуктивное межличностное взаимодействие невозможно без усвоения норм и правил межличностных взаимоотношений, без овладения наукой и искусством общения. В условиях данной игры участники могли увидеть эффективность восприятия различных типов людей при взаимодействии и соотнести увиденные модели с собственными личностными проявлениями.

Другим не менее полезным и интересным упражнением была игра «Адские башни». Это упражнение на построение команды, в котором делалась попытка показать конфликт, возникший из-за коммуникационных барьеров между участниками. Такие барьеры возникают в связи с тем, что люди, расценивая свое восприятие мира как единственно верное, зачастую отказываются принимать иные точки зрения. В «Адских башнях» эта концепция была взята на вооружение и использовалась для побуждения игроков задуматься о факторах, как способствующих, так и препятствующих построению единой команды.

Развитие и отработка навыков снижения эмоционального напряжения у агрессивного партнера проводились в игре «На приеме у психотерапевта». Здесь участники сначала познакомились со способами поведения в эмоционально напряженных ситуациях, а затем пытались применить их в потенциально возможных случаях

в своей практике. Медицинские работники отметили высокую значимость данных знаний и навыков для своей профессиональной деятельности.

Остальные игры и упражнения тренинга, такие как «Эмиграция», «Камушек в ботинке», «Встречают по одежке», «Интервенция» и др., позволили выявить причины и следствия неэффективного межличностного общения, сформировать навыки толерантности к индивидуальным особенностям собеседника, навыки гибкой коммуникации, активного группового общения, расширить способы поведения при столкновении интересов, а также способы и приемы освобождения от собственных негативных эмоций, способствующие снятию психоэмоционального напряжения.

Заключение

В результате освоения данного образовательного курса в рамках программы дополнительного образования и проведения психологического тренинга по данной проблеме слушатели приобрели следующие знания, необходимые для качественного изменения компетенций: осознали наиболее распространённые механизмы возникновения конфликтов в профессиональной деятельности, причины, стратегии поведения и кодекс поведения в конфликте. А также ими были приобретены следующие умения: толерантность к индивидуальным особенностям собеседника, конструктивность в разрешении конфликтов с применением разнообразных способов и приемов, навыки саморегуляции эмоциональных состояний путем применения способов снятия внутренней напряженности, агрессии, гнева и других негативных эмоций.

В результате проделанной работы медицинским специалистам и руководителям медицинских организаций были даны рекомендации по перспективным направлениям совершенствования полученных навыков как в системе образовательных учреждений, так и на базе медицинских организаций, где проходит их профессиональная деятельность.

1. Одним из перспективных направлений обучения медицинских работников является продолжение обучения их навыкам бесконфликтного общения, а именно: умению слушать, навыкам убеждающего воздействия на собеседника, терпеливости.

2. С целью совершенствования профессиональных навыков рекомендуется регулярное проведение семинаров-тренингов с медицинскими работниками разного уровня по расширению и углубле-

нию знаний в области повышения стрессоустойчивости (овладению способами снятия стресса), развитию навыков уверенного поведения, саморегуляции эмоциональных состояний, снижению эмоционального напряжения собеседника и др.

3. На благополучие межличностных отношений работников внутри коллектива влияют микроклимат в коллективе, его сплоченность, поэтому руководителям следует вести целенаправленную работу по формированию коллективной сплоченности всеми доступными способами, в том числе и при помощи организации психологических тренингов с целью создания команды.

4. Для объективного определения перспективных направлений обучения медицинских работников рекомендуется более детальная диагностика уровня развития профессионально важных личностных качеств данных специалистов, в том числе и навыков общения. Результаты такого обследования позволят увидеть сильные и слабые стороны личностей как специалистов, способствующих и препятствующих эффективному выполнению профессиональных обязанностей и определить направления их дальнейшего развития и совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцупов А.Я., Шпилов А.И. Конфликтология: теория, история, библиография. М.: Изд-во Военного ун-та, 2006. 145 с.
2. Багрий М.А. Особенности развития профессионального стресса у врачей различных специализаций: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2009. 29 с.
3. Бутвиловский А.В., Кармалькова Е.А., Кармалькова И.С. Психология конфликта и врач // Военная медицина. 2013. № 2(27). С. 33–35.
4. Васильева Л.Н. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Кострома, 2010. 25 с.
5. Водопьянова Н.Е. Синдром «выгорания» у врачей-стоматологов // Стоматолог. 2002. № 7. С. 35–39.
6. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 36–37.
7. Донцов А.И., Полозова Т.А. Проблема конфликта в западной социальной психологии // Психологический журнал. 2000. Т. 1, №6. С. 119–134.
8. Захарова А.Н. Отношение к здоровью как фактор качества жизни // Прикладная психология в условиях модернизации системы образования: традиции и современность. Чебоксары, 2008. С. 49–60.
9. Ларенцова Л.И. Взаимодействие врача и пациента: психология гармоничных взаимоотношений // Стоматология для всех. 2009. № 1. С. 46–49.

10. Ларенцова Л.И. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов // Клиническая стоматология. 2003. № 4. С. 82–86.
11. Мещерякова Т.В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента // Вестник Томского государственного педагогического университета 2010. № 5. С. 66–72.
12. Мещерякова Т.В. Формирование нарративной компетентности у будущего врача // Высшее образование в России. 2013. № 2. С. 132–137.
13. Николаев Е.Л. Психологическая работа с профессиональными проблемами медицинских работников в рамках программ дополнительного образования // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учеб.-метод. конф. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. С. 240–244.
14. Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., Трясугина М.А., Голенков А.В. Медицинская психология в системе вузовской подготовки менеджеров здравоохранения // Медицинская сестра. 2010. № 7. С. 44–47.
15. Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Николаев Е.Л. Психология в работе врача. Чебоксары, 2009. 176 с.
16. Перцев Д.П., Дмитриенко К.В. Формирование коммуникативной компетентности студентов-медиков на додипломном этапе обучения // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. 2011. № 6 (108). С. 472–476.
17. Петрова Е.В., Семенова Н.В., Алехин А.Н. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 12. С. 194–199.
18. Петунова С.А. О формировании коммуникативной компетентности врача в профессиональной деятельности // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учеб.-метод. конф. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. С. 252–257.
19. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 469–473.
20. Социально-психологические проблемы производственного коллектива. М.: Наука, 2003. 240 с.
21. Шейнов В.П. Конфликты в нашей жизни и их разрешение. Минск: Амалфея, 1997. 288 с.
22. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев: Сфера, 2004. 272 с.
23. Bianchi R. Physician burnout: A neurologic crisis. *Neurology*, 2015, May 19, vol. 84(20), p. 2098.
24. Doolittle B.R., Windish D.M. Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *J. Educ. Eval. Health Prof.*, 2015, Aug. 1, vol. 12, p. 41. doi: 10.3352/jeehp.2015.12.41.
25. Enginyurt O., Cankaya S., Aksay K., Tunc T., Koc B., Bas O., Ozer E. Relationship between organisational commitment and burnout syndrome: a canonical correlation approach. *Aust. Health Rev.*, 2015, Aug 10. doi: 10.1071/AH14177.

26. Noben C., Evers S., Nieuwenhuijsen K., Ketelaar S., Gärtner F., Sluiter J., Smit F. Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: Is it cost-effective from an employer's perspective? *Int. J. Occup. Med. Environ. Health.*, 2015, vol. 28(5), pp. 891–900. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00465.
27. Rath K.S., Huffman L.B., Phillips G.S., Carpenter K.M., Fowler J.M. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2015, Jul. 29. pii: S0002-9378(15)00786-3. doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.036.

REFERENCES

1. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. *Konfliktologiya: teoriya, istoriya, bibliografiya* [Conflictology: theory, history, bibliography]. Moscow, Military University Publ., 2006, 145 p.
2. Bagrii M.A. *Osobennosti razvitiya professional'nogo stressa u vrachei razlichnykh spetsializatsii. Avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Development of professional stress among doctors of different specializations. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2009, 29 p.
3. Butvilovskii A.V., Karmal'kova E.A., Karmal'kova I.S. *Psikhologiya konflikta i vrach* [Doctor and psychology of conflict]. *Voennaya meditsina* [Military medicine], 2013, no. 2(27), pp. 33–35.
4. Vasil'eva L.N. *Kommunikativnaya kompetentost' v professional'no-lichnostnom stanovlenii budushchego vracha: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Communicative competence in professional and personal development of medicine students. Abstract of PhD thesis]. Kostroma, 2010, 25 p.
5. Vodop'yanova N.E. *Sindrom «vygoraniya» u vrachei-stomatologov* [Burnout syndrome in dentists]. *Stomatolog* [Stomatologist], 2002, no. 7, pp. 35–39.
6. Gorshunova N.K., Medvedev N.V. *Formirovanie kommunikativnoi kompetentnosti sovremennogo vracha* [Formation of modern doctor's communicative competence]. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya* [Advances of contemporary natural science], 2010, no. 3, pp. 36–37.
7. Dontsov A.I., Polozova T.A. *Problema konflikta v zapadnoi sotsial'noi psikhologii* [Study of conflict in Western social psychology]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Journal of Psychology], 2000, vol. 1, no. 6, pp. 119–134.
8. Zakharova A.N. *Otnoshenie k zdorov'yu kak faktor kachestva zhizni* [Attitude towards health as quality of life factor]. *Prikladnaya psikhologiya v usloviyakh modernizatsii sistemy obrazovaniya: traditsii i sovremennost'* [Applied psychology in changing system of education: heritage and modernism]. Cheboksary, 2008, pp. 49–60.
9. Larentsova L.I. *Vzaimodeistvie vracha i patsienta: psikhologiya garmonichnykh vzaimootnoshenii* [Doctor-patient interaction: psychology of balanced relationship]. *Stomatologiya dlya vsekh* [Popular stomatology], 2009, no. 1, pp. 46–49.
10. Larentsova L.I. *Izuchenie sindroma emotsional'nogo vygoraniya u vrachei-stomatologov* [Study of emotional burnout syndrome in dentists]. *Klinicheskaya stomatologiya* [Clinical stomatology], 2003, no. 4, pp. 82–86.
11. Meshcheryakova T.V. *Meditsinskii narrativ v bioetike kak kriterii ucheta individual'nosti patsienta* [Medical narrative of bioethics as criterion of patient's individuality consideration]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University], 2010, no. 5, pp. 66–72.

12. Meshcheryakova T.V. *Formirovanie narrativnoi kompetentnosti u budushchego vracha* [Formation of narrative competence of medical students]. *Vysshee obrazovanie v Rossii* [Higher education in Russia], 2013, no. 2, pp. 132–137.
13. Nikolaev E.L. *Psikhologicheskaya rabota s professional'nymi problemami meditsinskikh rabotnikov v ramkakh programm dopolnitel'nogo obrazovaniya* [Psychological work with medicine workers' professional troubles within the scope of post-secondary training and education programs]. *Voprosy povysheniya effektivnosti professional'nogo obrazovaniya v sovremennykh usloviyakh: materialy VI Mezhdunarodnoi uchebno-metodicheskoi konferentsii* [Proc. of 4th Int. Conf. «Problems of professional education effectiveness increase in actual conditions»]. Cheboksary, 2014, pp. 240–244.
14. Nikolaev E.L., Orlov F.V., Tryasugina M.A., Golenkov A.V. *Meditinskaya psikhologiya v sisteme vuzovskoi podgotovki menedzherov zdravookhraneniya* [Medicine psychology and its place in higher school health service management training]. *Meditinskaya sestra* [Nursery], 2010, no. 7, pp. 44–47.
15. Orlov F.V., Bulygina I.E., Nikolaev E.L. *Psikhologiya v rabote vracha* [Psychology in doctor's work]. Cheboksary, 2009, 176 p.
16. Pertsev D.P., Dmitrienko K.V. *Formirovanie kommunikativnoi kompetentnosti studentov-medikov na dodiplomnom etape obucheniya* [Formation of pre-graduate medicine students' communicative competence]. *Problemi ekologichnoi ta medichnoi genetiki i klinichnoi imunologii* [Problems of ecological and medical genetics and clinical immunology], 2011, no. 6 (108), pp. 472–476.
17. Petrova E.V., Semenova N.V., Alekhin A.N. *Zakonomernosti razvitiya i osobennosti sindroma emotsional'nogo vygoraniya u vrachei i meditsinskikh sester psikiatricheskikh uchrezhdenii* [Mechanism of development and specific of emotional burnout syndrome in mental clinic doctors and nurses]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University], 2011, no. 12, pp. 194–199.
18. Petunova S.A. *O formirovanii kommunikativnoi kompetentnosti vracha v professional'noi deyatel'nosti* [On communicative competence formation in doctor's professional activity]. *Voprosy povysheniya effektivnosti professional'nogo obrazovaniya v sovremennykh usloviyakh: Materialy VI mezhdunarodnoi uchebno-metodicheskoi konferentsii* [Proc. of 4th Int. Conf. «Problems of professional education effectiveness increase in actual conditions»]. Cheboksary, 2014, pp. 252–257.
19. Romanov S.N., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. *Sravnitel'noe issledovanie adaptivnykh kharakteristik lichnosti u studentov i vrachei* [Comparative study of personality adaptive traits in students and doctors]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 469–473.
20. *Sotsial'no-psikhologicheskie problemy proizvodstvennogo kollektiva* [Socio-psychological problems of employees collective]. Moscow, Nauka Publ., 2003, 240 p.
21. Sheinov V.P. *Konflikty v nashei zhizni i ikh razreshenie* [Conflicts in our life and their resolution]. Minsk, Amalfeya Publ., 1997, 288 p.
22. Yur'eva L.N. *Professional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov: formirovanie, profilaktika, korrektsiya* [Professional burnout of healthcare workers: formation, prevention, correction]. Kiev, Sfera Publ., 2004, 272 p.

23. Bianchi R. Physician burnout: A neurologic crisis. *Neurology*, 2015, May 19, vol. 84(20), p. 2098.
24. Doolittle B.R., Windish D.M. Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *J. Educ. Eval. Health Prof.*, 2015, Aug. 1, vol. 12, p. 41. doi: 10.3352/jeehp.2015.12.41.
25. Enginyurt O., Cankaya S., Aksay K., Tunc T., Koc B., Bas O., Ozer E. Relationship between organisational commitment and burnout syndrome: a canonical correlation approach. *Aust. Health Rev.*, 2015, Aug 10. doi: 10.1071/AH14177.
26. Noben C., Evers S., Nieuwenhuijsen K., Ketelaar S., Gärtner F., Sluiter J., Smit F. Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: Is it cost-effective from an employer's perspective? *Int. J. Occup. Med. Environ. Health.*, 2015, vol. 28(5), pp. 891–900. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00465.
27. Rath K.S., Huffman L.B., Phillips G.S., Carpenter K.M., Fowler J.M. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2015, Jul. 29. pii: S0002-9378(15)00786-3. doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.036.

Григорьева Н.В. Формирование навыков конструктивного общения у медицинских специалистов в системе непрерывного образования // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 46–60.

Аннотация

Введение. Недостаточная психологическая компетентность в сфере профессиональной коммуникации является для медицинского специалиста фактором риска ухудшения здоровья и снижения личностного благополучия. Психологической подготовки в этой сфере, проводимой в вузе, недостаточно для эффективной профессиональной деятельности. Она должна быть продолжена на последипломном этапе образования.

Материал и методы. В обучении по программе дополнительного образования участвовали 326 врачей и медицинских сестер. Обучение проводилось в группах численностью 25-30 человек на протяжении недели. Задачи коррекционно-развивающей работы реализовывались в форме специального психологического тренинга.

Результаты и обсуждение. Причины конфликтов в здравоохранении несколько отличаются в зависимости от выполняемых функций. Для медицинских сестер наиболее актуальна ситуация соперничества. Для руководителей подразделений характерны конфликты, связанные с неудовлетворенностью пациентов и срабатываемостью персонала. Среди универсальных причин конфликтов: различие потребностей, вступающих во взаимодействие; экономические и социальные факторы; проблема справедливости распределения. Актуальными являются и гендерные вопросы. На основе анализа конфликтов разработана программа обучающего тренинга, представленная как практическими упражнениями для отработки эффективных навыков бесконфликтного общения, так и заданиями

по осознанию участниками своих слабых сторон, препятствующих эффективному общению в целом. Описаны методические подходы и практические приемы, реализуемые в образовательной программе.

Заключение. В результате освоения образовательного курса обучающиеся осознали наиболее распространённые механизмы и причины возникновения конфликтов в профессиональной деятельности, стратегии поведения в ситуации конфликта. Обучающиеся смогли приобрести следующие навыки: толерантность к индивидуальным особенностям собеседника, конструктивность в разрешении конфликтов с применением разнообразных способов и приемов, навыки саморегуляции эмоциональных состояний. Определены дальнейшие образовательные траектории по развитию навыков коммуникативной компетентности в системе непрерывного образования как на базе образовательных учреждений, так и в системе медицинских организаций.

Ключевые слова: медицинские специалисты, профессиональная коммуникация, конфликты, психологическая компетентность, медицинское образование, дополнительное образование.

Информация об авторе:

Григорьева Нина Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, gnv2133@mail.ru.

Grigorieva N.V. Formirovanie navykov konstruktivnogo obshcheniya u meditsinskikh spetsialistov v sisteme nepreryvnogo obrazovaniya [Developing communication skills in health professionals in the frame of continuous education system] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 46–60.

Abstract

Introduction. Lack of psychological competence in the sphere of professional communication is a factor that poses risks of worsening medical professionals' health and their personal well-being. Psychological education obtained in a higher educational institution is not sufficient for successful professional work. It should be continued in the process of post-graduation education.

Material and methods. 326 practitioners and nurses enrolled in the course of continuous education. They studied for a week in groups of 25-30 people. Special psychological training program was used to achieve the goals of correctional and developmental work.

Results and discussion. Causes of conflicts in health care somewhat differ depending on the duties fulfilled. Rivalry is most common for nurses. Heads of departments are commonly faced with conflicts arising from patients' discon-

tent and operation of the staff. Among the universal conflicts reasons are difference in needs that come into contact, economic and social factors, and an issue of distributive justice. Gender issues are also acute. Based on the analysis of the conflicts, there was worked out an educational training program, which involves both practical exercises aimed to develop skills of effective conflict-free communication and assignments meant to make the course students realise their own weak points that deter successful communication. The article also contains the description of educational approaches and practical techniques needed for implementing the educational program.

Conclusions. On completing their training, the course students learned the most common mechanisms and causes of conflicts arising in professional work, as well as behavior strategies meant to be used in conflict situations. The course students obtained such skills as tolerance towards individual peculiarities of an interlocutor, an affirmative approach to conflict resolution by use of various methods and techniques, as well as the skills of taking their emotional state under control. There were defined further educational plans for developing communication competence skills in the system of continuous education either in educational or in health care institutions.

Keywords: medical professionals, professional communication, conflicts, psychological competence, medical education, continuous education.

Information about author:

Grigorieva Nina, Ph.D. in Psychology, Associate Professor of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, gnv2133@mail.ru.

Поступила: 07.09.2015

Received: 07.09.2015

УДК 616.89-008.441.44-053.6
ББК Ю942-81

ПАТОМОРФОЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

В.Н. Ведяшкин¹, И.И. Шереметьева²

¹ Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей, Барнаул, Россия

² Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Введение

В настоящий период в условиях стремительных социальных перемен и глобальных негативных изменений природной среды (урбанизация, естественные и техногенные региональные экологические катастрофы и др.) эволюция болезней, в том числе и нервно-психических, ускоряется, ее темпы увеличились в десятки раз [11]. Важность изучения трансформации клиники различных психических расстройств не раз озвучивалась многими авторами [5, 6, 10, 14,]. Однако изучению патоморфоза психических расстройств уделяется недостаточное внимание [1, 7].

Особую озабоченность вызывает проблема детских суицидов [2, 8]. За последние 45 лет частота суицидов в мире увеличилась на 60%, достигнув к 2008 г. опасного уровня – 16,4 случая на 100 тыс. населения [4, 12]. С учетом современных тенденций роста суицидальной активности в мире прогностические модели указывают на увеличение к 2020 г. числа самоубийств в два раза [15]. В настоящее время по абсолютному количеству подростковых самоубийств среди детей в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место в мире [9]. Уровень завершенных суицидов в России превышает среднемировой в 1,7 раза, а критический уровень ВОЗ – в 1,4 раза [3]. При этом количество суицидальных попыток в несколько раз превышает количество самоубийств [13].

Материалы и методы исследования

Для исследования патоморфоза суицидального поведения у подростков, получавших амбулаторную помощь у психиатра, нами было клинически обследовано и проведено сравнение данных двух групп подростков с поведенческими нарушениями. Первая группа представляла собой данные, полученные от 152 подростков 15–17

лет, которые были обследованы в амбулаторном отделении Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей. Вторая группа – архивные данные. Были проанализированы 147 историй болезни пациентов, родившихся в период с 1970 г. по 1979 г. и наблюдавшихся в подростковом возрасте амбулаторно у психиатра по поводу расстройства поведения. Данный временной период был выбран с целью учета дисперсии возраста, так как средний интервал между поколениями составляет 25 лет.

Критериями отбора пациентов в группы служили клинические проявления, соответствующие рубрикам МКБ-10 «несоциализированное расстройство поведения» (F91.1) и «социализированное расстройство поведения» (F91.2). Из исследования заведомо исключались лица, страдающие процессуальными эндогенными, текущими экзогенно-органическими заболеваниями, с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых и умственно отсталые подростки. Для исследования применялся клинико-психопатологический метод и метод статистической обработки материала.

Результаты исследования и их обсуждение

Суицидальные угрозы предъявляли 83 (54,6%) современных подростков и 74 (50,3%) подростка предыдущего поколения, что не имело статистически достоверных различий ($P > 0,05$). Средний возраст, с которого начинали предъявлять суицидальные угрозы современные подростки, приходился на $13,5 \pm 0,3$ года, а в группе подростков предыдущего поколения достоверно старше ($p < 0,001$) – на $15,6 \pm 0,2$ года.

Таблица 1. Суицидальные угрозы

Угрозы	I группа		II группа		P
	абс.	%	абс.	%	
Демонстративные	50	60,2	40	54,1	>0,05
Шантажные	18	21,7	24	32,4	>0,05
Протестные	26	31,3	24	32,4	>0,05

В табл. 1 наглядно представлен характер суицидальных угроз. С целью привлечь к себе внимание демонстративно угрожали покончить жизнь самоубийством 50 (60,2%) современных подростков и 40 (54,1%) подростков предыдущего поколения. С целью добиться желаемого шантажировали суицидом 18 (21,7%) подростков I группы и

24 (32,4%) подростка II группы. В знак протеста или несогласия с предъявляемыми требованиями угрожали суицидом 26 (31,3%) современных подростков и 24 (32,4%) подростка предыдущего поколения. Протестные суицидальные угрозы предъявляли в большинстве случаев сироты, находящиеся в интернированных образовательных учреждениях, которые были включены в наше исследование. Статистически достоверные различия по характеру суицидальных угроз между группами отсутствовали ($p > 0,05$).

Таблица 2. Показатели суицидальной активности

Показатель	I группа		II группа		p
	абс.	%	абс.	%	
Количество суицидентов	45	29,6	59	40,1	>0,05
Из них с повторными попытками	17	37,8	34	57,6	>0,05
Среднее количество попыток	2,4±1		2,3±0,4		>0,05
Средний возраст первой попытки	14,5±0,4		16,2±0,3		<0,001

Как наглядно показано в табл. 2, суицидальные попытки в I группе совершали 45 (29,6%) подростков, а во II – 59 (40,1%). Из них неоднократные суицидальные попытки в I группе совершали 17 (37,8%) человек, а во II – 34 (57,6%) несовершеннолетних. Среднее количество суицидальных попыток у современных подростков было 2,4±1 раза, а у подростков предыдущего поколения 2,3±0,4 раза. По всем трем вышеперечисленным показателям суицидальной активности между группами нет статистически достоверных различий ($p > 0,05$). Средний возраст первой суицидальной попытки в I группе был статистически более ранний ($p < 0,001$) в 14,5±0,4 года по сравнению с аналогичным показателем во II группе, где средний возраст первой суицидальной попытки приходился на 16,2±0,3 года.

Заключение

Учитывая результаты исследования, можно сделать заключение, что средний возраст первых проявлений суицидального поведения у современных подростков более ранний по сравнению с таковым у подростков прошлых лет. Несмотря на то, что достоверных различий по уровню вовлеченности по совершению суицидальных попыток между группами не было выявлено, у современных подростков прослеживается более высокая суицидальная активность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А. Неврозы. СПб.: Диля, 2002. 160 с.
2. Ведяшкин В.Н., Владыкина Л.Н., Шереметьева И.И. Суицидальное поведение у несовершеннолетних Алтайского края // Актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии: материалы докл. межрегионал. науч.-практ. конф., посвящ. десятилетнему юбилею КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей». Барнаул, 2012. С. 16–20.
3. Ворсина О.П., Баркова Н.П. Психологические характеристики суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 1. С. 50–54.
4. Гелда А.П., Игумнов С.А. Повторные непсихотические аутоагрессивные действия и особенности методологического подхода к их изучению // Суицидология. 2011. № 1. С. 23–30.
5. Голдобина О.А. Характеристика патоморфоза экзогенно-органических заболеваний головного мозга у жителей Алтайского края // Клинические и реабилитационные аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга: материалы науч.-практ. конф. СФО с международ. участием (Кемерово, март 2006 г.) / под ред. В.Я. Семке. Томск; Кемерово, 2006. С. 95–99.
6. Караваева Т.А. Особенности изменения структуры заболеваемости и клинической картины невротических и неврозоподобных расстройств за последние три десятилетия // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: 10-я науч.-практ. конф. / под общ. ред. В.И. Мазурова. СПб., 2010. С. 75–79.
7. Караваева Т.А. Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и ее правовое регулирование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2011. 57 с.
8. Карышев П.Б., Голенков А.В., Миронец Е.Н. Самоубийства среди детей и подростков Чувашии // XIV съезд психиатров России: материалы съезда. М., 2005. С. 200–201.
9. Коломышев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Анализ когнитивных искажений у подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами, совершивших суицидальную попытку // Пограничные нервно-психические расстройства в Сибирском регионе (онтогенетические аспекты): сб. тез. межрегионал. науч.-практ. конф. (Новокузнецк, 2–3 апр. 2013 г.) / под ред. В.Я. Семке, Н.А. Бохана, О.И. Салминой-Хвостовой. Томск: Иван Федоров, 2013. С. 147–151.
10. Патоморфоз психических заболеваний в судебнопсихиатрической клинике: сб. науч. тр. / под ред. Г.В. Морозова. М., 1985. 168 с.
11. Патоморфоз психологических характеристик больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет / Б.Д. Карвасарский, Е.Б. Мизинова, Е.А. Колотильщикова и др. СПб., 2011. 28 с.
12. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2010. № 4. С. 55–62.
13. Положий Б.С. Суицидальное поведение. М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232 с.
14. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 224 с.
15. Bertolote J.M.F., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am. J. Med. Genet.*, 2005, vol. 133, pp. 8–12.

REFERENCES

1. Ababkov V.A. *Nevrozy* [Neuroses]. St. Retersburg, Dilya Publ., 2002, 160 p.
2. Vedyashkin V.N., Vladykina L.N., Sheremet'eva I.I. *Suitsidal'noe povedenie u nesovershennoletnikh Altaiskogo kraya* [Adolescents' suicidal behavior in Altay region]. *Aktual'nye voprosy detskoj i podrostkovoj psikiatrii: materialy dokladov mezhhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proc. of Conf. «Actual problems of child and adolescent psychiatry»]. Barnaul, 2012, pp. 16–20.
3. Vorsina O.P., Barkova N.P. *Psikhologicheskie kharakteristiki suitsidentov, gospiitalizirovannykh v psikiatricheskii statsionar* [Psychological traits of students hospitalized to psychiatric facilities]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian bulletin of psychiatry and narcology], 2012, no. 1, pp. 50–54.
4. Gelda A.P., Igumnov S.A. *Povtornye nepsikhoticheskie autoagressivnye deistviya i osobennosti metodologicheskogo podkhoda k ikh izucheniyu* [Recurrent non-psychotic aggressive acts and methodological specific of their study]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2011, no. 1, pp. 23–30.
5. Goldobina O.A. *Kharakteristika patomorfoza ekzogenno-organicheskikh zabolevanii golovnogo mozga u zhitelei Altaiskogo kraya* [Specific of exogenous organic brain disorders of Altay region population]. In: Semke V.Ya., ed. *Klinicheskie i reabilitatsionnye aspekty ekzogenno-organicheskoi patologii golovnogo mozga: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii SFO s mezhdunarodnym uchastiem* [Proc. of Sci. Conf. «Exogenous-organic brain pathology: clinic and rehabilitation»]. Tomsk, Kemerovo, 2006, pp. 95–99.
6. Karavaeva T.A. *Osobennosti izmeneniya struktury zabolevaemosti i klinicheskoi kartiny nevroticheskikh i nevrozopodobnykh rasstroistv za poslednie tri desyatiletiya* [Epidemiological and clinical presentation of neurotic and neurosis-like disorders: changes of past three decades]. In: Mazurov V.I., ed. *Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike: 10-ya nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proc. of 10th Sci. Conf. «Current problems of psychosomatic in general medicine»]. St. Petersburg, 2010, pp. 75–79.
7. Karavaeva T.A. *Patomorfoz nevroticheskikh rasstroistv, ikh psikhoterapiya i ee pravovoe regulirovanie: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Neurotic disorders: pathomorphism, psychotherapy and its legal regulation. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2011, 57 p.
8. Karyshev P.B., Golenkov A.V., Mironets E.N. *Samoubiystva sredi detei i podrostkov Chuvashii* [Children and adolescent suicides in Chuvashia]. *XIV s'ezd psikiatrov Rossii: materialy s"ezda* [Works of XIV Russian psychiatric congress]. Moscow, 2005, pp. 200–201.
9. Kolomytsev D.Yu., Drozdovskii Yu.V. *Analiz kognitivnykh iskazhenii u podrostkov s pogranychnymi nervno-psikhicheskimi rasstroistvami, sovershivshikh suitsidal'nyuyu popytku* [Analysis of cognitive biases of adolescents with borderline neuropsychic disorders who committed suicidal attempts]. In: Semke V.Ya., Bokhan N.A., Salmina-Khvostova O.I., ed. *Pogranychnye nervno-psikhicheskie rasstroistva v Sibirskom regione (ontogeneticheskie aspekty): sbornik tezisov mezhhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proc. of Sci. Conf. «Ontogenetic aspects of borderline neuropsychic disorders in Siberia»]. Tomsk, Ivan Fedorov Publ., 2013, pp. 147–151.

10. Morozov G.V., ed. *Patomorfoz psikhicheskikh zabolevanii v sudebno-psikhiatricheskoj klinike: sbornik nauchnykh trudov* [Pathomorphism of mental diseases in forensic psychiatry. Collected papres]. Moscow, 1985, 168 p.
11. Karvasarskii B.D., Mizinova E.B., Kolotil'shchikova E.A. et al. *Patomorfoz psikhologicheskikh kharakteristik bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami za poslednie 30 let* [Pathomorphism of neurotic disorders patients' psychological traits in last 30 years]. St. Petersburg, 2011, 28 p.
12. Polozhii B.S. *Integrativnaya model' suitsidal'nogo povedeniya* [Integrative model of suicidal behaviour]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatry Journal], 2010, no. 4, pp. 55–62.
13. Polozhii B.S. *Suitsidal'noe povedenie* [Suicidal behaviour]. Moscow, 2010, 232 p.
14. Semke V.Ya. *Istericheskie sostoyaniya* [Hysteric states]. Moscow, Meditsina Publ., 1988, 224 p.
15. Bertolote J.M.F., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am. J. Med. Genet.*, 2005, vol. 133, pp. 8–12.

Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. Патоморфоз суицидального поведения у подростков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 61–68.

Аннотация.

Введение. Значимость изучения трансформации клиники психических расстройств не вызывает сомнения. Однако изучению патоморфоза суицидального поведения у подростков должного внимания не уделялось.

Материалы и методы исследования. Обследовано две группы подростков 15–17 лет с поведенческими нарушениями. I группа – 152 человека, клинически обследованные в амбулаторном отделении психоневрологического диспансера. Вторую группу составили данные из архивных источников. Проанализированы 147 историй болезни пациентов, родившихся в 1970–1979 гг. и амбулаторно наблюдавшихся в подростковом возрасте у психиатра по поводу расстройства поведения. Критериями отбора стали клинические проявления рубрик F91.1 и F91.2 по МКБ-10. Использовался клинико-психопатологический метод и метод статистической обработки материала.

Результаты исследования и их обсуждение. Доли подростков с суицидальными угрозами в двух группах достоверно не различались (54,6 и 50,3%, соответственно). Средний возраст начала предъявления суицидальных угроз современными подростками был достоверно ($p < 0,001$) более ранний ($13,5 \pm 0,3$ года против $15,6 \pm 0,2$ года). Суицидальные попытки в I группе совершали 29,6% подростков, во II группе – 40,1%. Неоднократные суицидальные попытки в I группе совершали 37,8%, во II группе 57,6% несовершеннолетних. Среднее количество суицидальных попыток у современных подростков было $2,4 \pm 1$ раза, у подростков предыдущего поколения – $2,3 \pm 0,4$ раза. По всем перечисленным показателям суицидальной актив-

ности между группами нет статистически достоверных различий ($p > 0,05$). Средний возраст первой суицидальной попытки в I группе был статистически более ранний ($p < 0,001$) в $14,5 \pm 0,4$ года по сравнению с таковым во II группе, где средний возраст первой суицидальной попытки приходился на $16,2 \pm 0,3$ года.

Заключение. Несмотря на отсутствие достоверных различий между группами по уровню вовлеченности в суицидальные поступки, современные подростки характеризуются более высокой суицидальной активностью.

Ключевые слова: патоморфоз, суицидальное поведение, суицидальная активность, подростки, расстройство поведения.

Информация об авторах:

Ведяшкин Виктор Николаевич, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», 656045, г. Барнаул, Змеиногорский тракт, 69, тел. +7 83852684125, viktor.vedyaschkin@yandex.ru.

Шереметьева Ирина Игоревна, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40, тел. +7 83852246651, sheremeteva-ira@mail.ru.

Vedyashkin V.N., Sheremeteva I.I. Patomorfoz suitsidal'nogo povedeniya u подростков [Pathomorphism of adolescents' suicidal behavior] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 61–68.

Abstract

Introduction. There is no doubts in the importance of studying transformations in the clinical picture of mental disorders. However, pathomorphism of adolescents' suicidal behavior has not been properly studied.

Material and methods. We examined two groups of adolescents aged 15–17 who had behavioral disorders. The first group of 152 adolescents were examined in the out-patient department of a psychoneurologic dispensary. The second group was made up by former patients whose medical records were kept in the archives. We analyzed case histories of 147 out-patients who were born within 1970–1979 and kept under observation of the psychiatrists in their adolescence for behavioral disorders. They were selected by clinical presentation of blocks F91.1 and F91.2 according to ICD-10. Clinical-and-psychopathological method and experimental statistics were used to complete the research.

Results and discussion. There was not noticed any significant difference in the share of adolescents with suicide risks in the two groups (54,6 and 50,3% respectively). The mean age of present day adolescents manifesting suicidal risks for the first time was precisely defined ($p < 0,001$) as earlier ($13,5 \pm 0,3$ years old as opposed to $15,6 \pm 0,2$ years old). A suicide was attempted by 29,6% of adolescents in the first group and 40,1% – in the second. Attempted suicides were repeated by 37,8% of adolescents in the first group and 57,6% – in the

second. On the average, present day adolescents attempted suicide $2,4 \pm 1$ times, while their past generation counterparts – $2,3 \pm 0,4$ times. There was not noticed any significant difference in the statistical data indicating suicidal activity in the two groups ($p > 0,05$). The mean age of Group I adolescents when they attempted first suicide was statistically defined ($p < 0,001$) as earlier ($14,5 \pm 0,4$ years old as opposed to $16,2 \pm 0,3$ years old in Group II).

Conclusions. Although no significant difference was noticed between the groups concerning their involvement in suicidal acts, present day adolescents show higher activity.

Keywords: pathomorphism, suicidal behavior, suicidal activity, adolescents, behavioral disorders.

Information about authors:

Vedyashkin Viktor, M.D., Ph.D. in Medicine, Deputy Doctor-in-Chief, Altai Regional Mental Hospital for Children, 656045, Barnaul, Zmeinogorsky tract, 69, tel. +7 83852684125, viktor.vedyaschckin@yandex.ru.

Sheremeteva Irina, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Altai State Medical University, Russia, 656038, Barnaul, Lenina ul., 40, tel. +7 83852246651, sheremeteva-ira@mail.ru.

Поступила: 05.08.2015

Received: 05.08.2015

УДК 616.899-053.5

ББК Ю962.19-82

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЛИГОФРЕНИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

А.В. Катасонова

Тихоокеанский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ, с каждым годом в мире рождается все больше детей с отклонениями в развитии. Причины этого разнообразны: либо это врожденные отклонения, связанные в первую очередь со здоровьем матери или отца, различные генетические отклонения плода (сюда же относится алкоголизм и курение во время беременности), либо это влияния экологии, приобретенные детские аномалии (травмы, полученные во время родов, остановка дыхания у рождающегося ребенка, инфекционные заболевания).

Умственно отсталые дети – одна из наиболее многочисленных категорий детей, имеющих отклонения в своем развитии. Они составляют 2,5% от общей детской популяции [3]. По данным Госкомстата, умственная отсталость в мире за период 2011–2013 гг. не уменьшается. В Приморском крае численность людей с умственной отсталостью за 2011 г. составляет 4998 человек, или 256,2 на 100 000 человек [16].

Большинство детей с умственной отсталостью обучаются в специализированных школах-интернатах и большую часть своего свободного времени находят там [3]. Не только обучение таких детей, но и вся их жизнь протекает в стенах школы. В силу ряда причин (нехватки времени и большого количества детей) индивидуальный подход в обучении используется редко. В большинстве случаев это дети из социально неблагополучных семей, поэтому к диагнозу олигофрении, чаще всего, добавляется педагогическая и социальная запущенность, которая усугубляет возможности обучения и развития данной категории детей [4, 6, 19].

А.Л. Сиротюк указывает на то, что традиционные общепринятые психолого-педагогические методы в процессе обучения и в процессе направленной коррекции в большинстве случаев, перестали давать видимые результаты [14].

Благодаря работам А.Р. Лурия (1962, 1963, 1970 и др.), Л.С. Цветковой (1985 и др.), Семенович А.В. (2007, 2010, 2013) известно, что протекание любой психической функции возможно при достаточном тоне коры головного мозга, который обеспечивается первым функциональным блоком мозга. По мнению А.В. Семенович (2010), оптимизация тона коры головного мозга является одной из важных задач нейропсихологической коррекции первого уровня. Для достижения данной цели наиболее целесообразно использовать двигательные упражнения, так как именно наше тело играет интегрирующую роль во всех интеллектуальных процессах, начиная с самого раннего возраста и до глубокой старости. Один из источников активации нервной системы связан с поступлением в организм раздражителей из внешнего мира. Ощущения, которые мы получаем через тело, являются сенсорной основой наших знаний. Таким образом, тело выступает посредником учения, поскольку оно собирает все ощущения, сообщаящие нам о мире и о нас. По мнению К. Ханнафорд (1999), «именно двигательная активность «подкармливает» мозг информацией, идущей от окружающей среды, формируя, таким образом, понимание мира, и создает основу для развития новых интеллектуальных возможностей» [16]. В связи с этим необходимо расширять арсенал психокоррекции когнитивных процессов двигательными упражнениями, т.е. особое внимание следует уделять совершенствованию двигательных навыков [10, 12, 13, 15, 20].

В настоящее время программы нейропсихологической коррекции содержат когнитивные и двигательные упражнения. Наиболее доступным и перспективным методом психокоррекции для детей с олигофренией легкой степени является образовательная кинезиология, предложенная в 1970-х гг. П. Деннисоном. Эта программа включает комплекс упражнений, направленных на интеграцию асимметричных функций левого и правого полушарий головного мозга; интеграцию полисенсорных и сенсорно-моторных процессов, а также активацию физической, эмоциональной и интеллектуальных сфер [16].

По данным А.В. Семенович (2007, 2009, 2013), движения активизируют умственные способности ребенка. В результате происходит закрепление информации и нового опыта в нейронных сетях. С помощью движения мы реализуем и выражаем наши мысли (речь, письмо). Для того чтобы закрепить мысль, необходимо со-

вершить какое-либо действие. По данным К. Ханнафорд (1998), мышечная активность, в частности координационные движения, стимулируют продукцию нейротропинов, которые отвечают за увеличение нервных связей в головном мозге, а также за рост нервных клеток [11, 12, 14, 16].

Связь между движением и мышлением выявляется при наблюдении за развитием младенца. Ребенок за первый год жизни от пассивного лежания переходит к ходьбе. Этот постепенный переход сопровождается освоением и тренировкой каждого нового движения, создает основу для более дифференцированных движений, что способствует развитию нервной сети.

Перекрестные движения (например – ползание) – это перекрестно-латеральные движения, стимулируют развитие мозолистого тела, способствуют развитию координации движений обоих глаз, ушей, обеих рук, ног. При активном их взаимодействии работают оба полушария. Благодаря активному использованию обоих полушарий и всех долей коры мозга улучшается функция мышления и облегчается процесс обучения [5, 16].

Как показали исследования К. Ханнафорд (1999), А.В. Семенович (2007), формируемое на этом уровне сенсомоторное обеспечение всех психических функций, в силу единства мозговой организации, активизирует общий энергетический, эмоциональный и тонический статус, гармонизирует нервно-соединительнотканые взаимодействия. Таким образом, через двигательные упражнения происходит активация первого функционального блока, обеспечивающего оптимальный тонус коры головного мозга.

Учение требует овладения навыками, а навыки любого вида связаны с освоением движений мышц. Наиболее простые и доступные упражнения применяются в программе «Гимнастика мозга», которые пробуждают систему «интеллект – тело» и приводят ее в готовность к обучению. Активизация системы «интеллект – тело» происходит с помощью простых интегрирующих движений, которые влияют на определенные специфические аспекты сенсорного восприятия, облегчая интеграцию функций и координацию движений тела, задействующих среднюю линию тела.

С целью определения эффективности нейропсихологической коррекции у детей младшего школьного возраста с олигофренией легкой степени было проведено эмпирическое рандомизированное исследование.

Выборка и методы

Исследование проводилось на базе коррекционной школы-интерната (ЖОБУ Гражданская КШИ) Анучинского района, Приморского края. Всего в обследовании приняли участие 36 детей (из них 22 мальчика и 16 девочек) в возрасте от 9 до 12 лет. Все дети прошли медицинское обследование, в результате которого им был выставлен диагноз «умственная отсталость легкой степени» (F70 по МКБ-10).

Изучение динамики ВПФ при проведении нейропсихологической коррекции проходило в несколько этапов:

1-й этап. Исследование актуального состояния ВПФ методом поперечного среза (внимание, двигательный праксис, гнозис, память, речь, квазипространственные конструкты, эмоции, мышление) у 36 человек с помощью нейропсихологического альбома Л.С. Цветковой [17].

В соответствии с поставленной целью все дети были разделены на две группы. Эмпирическую группу составили 11 мальчиков и 8 девочек, с которыми проводилась нейропсихологическая коррекция. Контрольная группа представлена 11 мальчиками и 8 девочками, нейропсихологическая коррекция не проводилась.

2-й этап – нейропсихологическая коррекция с использованием блока кинезиологических упражнений «Гимнастика мозга» с детьми эмпирической группы.

3-й этап – контрольное исследование ВПФ у детей обеих групп. Затем оценка динамики (эффективности) состояния ВПФ в процессе нейропсихологической коррекции у детей младшего школьного возраста с олигофренией легкой степени, через 45 и 180 дней от начала коррекции.

В качестве критериев эффективности рассматривали: повышение мотивации деятельности; произвольности внимания и деятельности.

Сравнительный анализ результатов исследования ВПФ у детей эмпирической и контрольной групп был произведен с помощью критерия Манна – Уитни, так как выборки независимые. Сравнительный анализ результатов исследования ВПФ у детей внутри одной группы был произведен с помощью критерия знаков (критерий Фишера), так как выборки зависимые.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов исследования актуального состояния ВПФ показал, что у детей наблюдались трудности при выполнении всех проб. На первое место вышли симптомы дефицитарности подкорковых структур мозга, что проявлялось в быстрой утомляемости, повышенной отвлекаемости, нерасчетливости двигательных и жестомимических актов, наличие синкинезий.

При выполнении пробы Хэда на пространственную и сомато-пространственную организацию рук большинство детей допускали «зеркальные» ошибки. Отмечались трудности при выполнении детьми заданий на конструктивное мышление и в пространственно ориентированном рисунке, что позволяет говорить о несформированности межполушарного взаимодействия.

При исследовании динамического праксиса большинство детей испытывало трудности переключения, замедленность выполнения действий, нарушение последовательности движений внутри серии, инертность движений. Эти симптомы указывают на несформированность кинетической основы движений, что отражается и на кинетической организации моторной стороны устной речи и письма.

Трудности в слухоречевой памяти проявлялись в явлении проактивного торможения следов, выпадения слов, изменения порядка слов в предложении, контаминациях. Также наблюдались нарушения непосредственного запоминания (7 человек), что может быть связано с дисфункцией глубинных структур мозга, участвующих в памяти.

Исследование речи выявило, что у всех детей спонтанная и активная речь обеднена: лексика, грамматика и синтаксис речи упрощены. Имелись трудности построения развернутого речевого высказывания. Номинативная, обобщающая и регулятивная функции речи снижены.

Исследование мышления выявило низкую ориентировочно-исследовательскую активность у всех детей, что отражалось в результатах выполнения проб. При исследовании вербально-логического мышления всем детям требовалась помощь психолога в организации внимания и поведения, а также в виде уточняющих вопросов для понимания смысла рассказа. Трудности с выделением морали имелись у всех учеников.

При проведении пробы «4-й лишний» были выявлены трудности определения общего признака у всех детей. Это обусловле-

но, во-первых, импульсивностью ответов; во-вторых, недостаточной сформированностью образов представления, что затрудняло выделение общих признаков предметов и объединение их в один класс; в-третьих, недостаточным словарным запасом детей.

Таким образом, нейропсихологическое исследование показало, что у детей младшего школьного возраста с олигофренией легкой степени имеется отставание в развитии мыслительных, речевых, пространственных процессов, познавательной активности, эмоционально-личностной сферы, произвольной регуляции психической деятельности. Данные симптомы указывают на дефицитарность подкорковых образований, заднелобных отделов коры левого полушария, мозолистого тела, медиальных корковых отделов височных и теменных зон левого полушария.

После исследования ВПФ дети были разделены на 2 группы: эмпирическая (ЭГ) и контрольная (КГ). С детьми ЭГ была проведена нейропсихологическая коррекция.

Занятия проводились ежедневно, в течение шести месяцев, с перерывом на каникулы. Длительность упражнений по методике «Гимнастика мозга» составляла 15 мин., затем с детьми проводились дополнительные занятия (игры, рисование, собирание пазлов и т.д.).

Сравнительный анализ результатов состояния ВПФ у детей ЭГ показал статистически достоверные улучшения в когнитивной сфере после проведения нейропсихологической коррекции с включением упражнений «Гимнастика мозга». Статистически достоверные различия ($p \leq 0,05$) были получены по следующим пробам на исследование: внимания, праксиса, восприятия (проба Химеры), памяти (слухоречевая и отсроченная память), речи – фонематический слух, мышления (кроме пробы на умение составить рассказ из серии сюжетных картинок) и эмоциональной сферы.

На фоне проведения нейропсихологической коррекции дети стали более внимательными, меньше отвлекались на посторонние предметы. Обращает на себя внимание увеличение времени активности детей в процессе занятий, снижение утомляемости, уменьшения латентного времени вхождения в задание, повышение мотивации к занятиям.

В выполнении пробы на исследование внимания после 6 месяцев коррекции были получены значимые изменения ($p = 0,000031$, при $p \leq 0,05$) за счет ускорения темпа работы детей, повышения переключаемости и концентрации их внимания, что отражает ак-

тивацию нейродинамических процессов в подкорко-корковых и корко-подкорковых структурах.

При выполнении пробы на динамический праксис были получены статистически достоверные результаты ($p = 0,000256$, при $p \leq 0,05$) по улучшению выполнения задания (рис. 1).

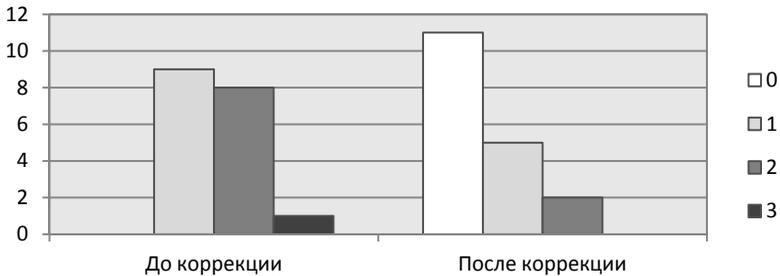


Рис. 1. Проба кулак – ребро – ладонь

Наблюдаемые улучшения связаны с повышением скорости выполнения задания, плавностью переключения с одного двигательного акта на другой. Так, у 11 детей повысилась скорость, точность и прочность усвоения двигательной программы, у 16 детей снизилось количество пространственных ошибок, возросли возможности произвольной регуляции темпа деятельности.

Анализ результатов выполнения пробы на реципрокную координацию показал значимые улучшения показателей пробы после коррекции ($p = 0,000151$, при $p \leq 0,05$).

Выполнение детьми пробы на исследование слухоречевой памяти также достоверно улучшилось ($p = 0,001284$, при $p \leq 0,05$) после коррекции (рис. 2).

Большинство (15) детей правильно воспроизводили слова, в заданной последовательности, в полном объеме. Улучшения произошли за счет снижения влияния тормозимости следов последующей информации и улучшения концентрации внимания.

В результате нейропсихологической коррекции было отмечено достоверно значимое ($p = 0,000437$, при $p \leq 0,05$) улучшение показателей экспрессивной речи за счет расширения активного словарного запаса. С расширением словарного запаса у детей отмечается улучшение результатов выполнения всех проб, что связано с контролирующей и программирующей функциями речи.

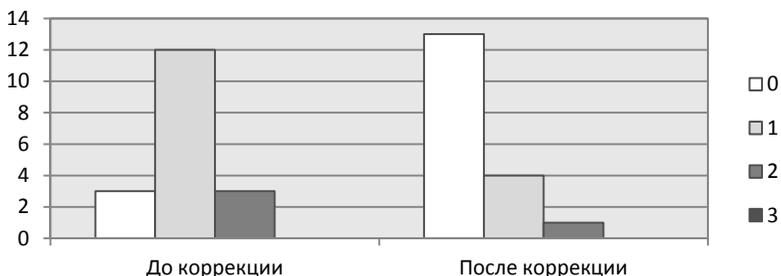


Рис. 2. Проба 2-й группы на исследование слухоречевой памяти (по 3 слова)

Увеличение активного словарного запаса отразилось и на повышении ориентировочно-исследовательской деятельности, интереса к занятиям, результатам своей деятельности у этих детей, в связи с этим становятся возможными планирование и контроль собственных действий.

Заключение

Особенности детей с олигофренией легкой степени заключаются в том, что они ограничены в получении необходимой информации. Это ограничение вызвано не только их интеллектуальной недостаточностью, но и выраженной психической пассивностью. Эти дети не способны самостоятельно искать и структурировать информацию даже в доступных им пределах. Возникают трудности в развитии имеющихся когнитивных задатков, в результате чего многие из них остаются в латентном состоянии, нереализованными [7].

Цель нейропсихологической коррекции заключалась в актуализации возможного потенциала этих детей путем активации подкорково-корковых связей.

С учетом того, что первый функциональный блок формирует, контролирует и модулирует все наши соматические, когнитивные, эмоционально-потребностные процессы в их взаимодействии, на первых этапах нейропсихологической коррекции больше внимания было уделено активации данного блока. Основной теоретической предпосылкой для включения кинезиологического блока в программу психокоррекции послужили данные о том, что движение пробуждает и активизирует умственную деятельность, способствует встраиванию и закреплению нового опыта и информации в ней-

ронных сетях. Движение жизненно необходимо для действий, с помощью которых мы реализуем и выражаем познание и понимание самих себя [16]. Этим задачам соответствовал комплекс упражнений по программе образовательной кинезиологии.

Для детей с легкой степенью умственной отсталости кинезиологические упражнения легки в выполнении, вызывают у них эмоциональный подъем, что отражается на повышении интереса и мотивации к учебе и дополнительным занятиям.

Анализ результатов состояния ВПФ у детей младшего школьного возраста с легкой степенью олигофрении до и после нейропсихологической коррекции показал значимые улучшения в когнитивной сфере: повышение точности и скорости выполнения проб, повышение концентрации и переключаемости внимания, расширение словарного запаса экспрессивной речи. Наиболее существенные (максимальные) улучшения наблюдались в течение первых 45 дней. Затем происходило закрепление полученных результатов и отмечалась незначительная динамика в течение последующих занятий. Основные улучшения в когнитивной сфере у детей были связаны с повышением нейродинамических процессов в коре головного мозга, происходящих в процессе выполнения двигательных упражнений.

Таким образом, проведенные коррекционные занятия способствуют повышению эффективности процесса обучения детей с легкой степенью умственной отсталости.

Выводы

1. Нейропсихологическая коррекция с включением двигательных упражнений из кинезиологической программы «Гимнастика мозга» является эффективной для занятий с детьми, страдающими олигофренией легкой степени, в силу ее простоты и доступности, что способствует повышению мотивации детей в выполнении заданий.

2. Использование указанной программы в течение 45 дней приводит к значимым улучшениям в двигательной сфере за счет повышения точности и скорости выполнения проб.

3. Нейропсихологическая коррекция с включением кинезиологических упражнений у детей с олигофренией легкой степени способствует повышению концентрации и переключаемости внимания.

4. В результате нейропсихологической коррекции у детей с олигофренией легкой степени происходит улучшение показате-

лей экспрессивной речи за счет расширения активного словарного запаса, что приводит к улучшению результатов выполнения детьми всех проб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 272 с.
2. Деннисон П.И., Деннисон Г.И. Образовательная кинестетика для детей: Базовое пособие по образовательной кинезиологии для родителей и педагогов, воспитывающих детей разного возраста / пер. с англ. М.: Восхождение, 1998. 85 с.
3. Добряков И.В., Защиринская О.В. Психология семьи и больной ребенок: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2007. С. 400.
4. Здравоохранение и социальное обеспечение в Приморском крае. 2012: стат. сб. / Приморскстат. Владивосток, 2012. 101 с.
5. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. М., 2001.
6. Кравцова Н.А., Катасонова А.В. Нейропсихология формирования двигательных функций и пространственных представлений у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Психологическая наука и образование. 2011. № 2. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n2/41677.shtml.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2004. 144 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973.
9. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2008. 288 с.
10. Николаенко Н.Н. Современная нейропсихология. М.: Речь, 2013. 272 с.
11. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста: учеб. пособие для студ. вузов. М.: Академия, 2007. 192 с.
12. Семенович А.В. В лабиринтах развивающегося мозга. Шифры и коды нейропсихологии. М.: Генезис, 2010. 432 с.
13. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2013. 319 с.
14. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учеб. пособие. М.: Генезис, 2007. 474 с.
15. Сиротюк А.Л. Обучение детей с учетом психофизиологии: практическое руководство для учителей и родителей. М.: Сфера, 2001. 128 с.
16. Ханнафорд К. Мудрое движение. Мы учимся не только головой: пер. с англ. М., 1999. 264 с.
17. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М.: Российское педагогическое агентство, 1998. 128 с.
18. Шипицына Л.М. Особенности взаимоотношений в семьях, имеющих взрослых детей с умственной отсталостью. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Речь, 2005. С. 208–215.
19. Baksanskii O.E., Safonicheva O.G. Philosophical and Methodological Principles of Inclusive Training. *European Journal of Philosophical Research*, 2015, no. 2(4), pp. 56–65.

20. Surmeli T., Ertem A. Post WISC-R and TOVA improvement with QEEG guided neurofeedback training in mentally retarded: a clinical case series of behavioral problems. *Clin EEG Neurosci.*, 2010, no. 41(1), pp. 32–41.
21. Zigler E., Hodapp R. Understanding mental retardation. N.Y., Cambridge University Press, 2006, pp. 48–56.

REFERENCES

1. Glizman Zh.M. *Neiropsikhologiya detskogo vozrasta* [Childhood neuropsychology]. Moscow, Akademiya Publ., 2009, 272 p.
2. Dennison P., Dennison G. *Educational Kinesiology In-Depth: The Seven Dimensions of Intelligence*. Edu-Kinesthetics Incorporated, 1995, 168 p. (Russ. ed.: Dennison P.I., Dennison G.I. *Obrazovatel'naya kinestetika dlya detei: Bazovoe posobie po obrazovatel'noi kineziologii dlya roditel'ei i pedagogov, vospityvyayushchikh detei raznogo vozrasta*. Moscow, Voskhozhdenie, 1998, 85 p.)
3. Dobryakov I.V., Zashchirinskaya O.V. *Psikhologiya sem'i i bol'noi rebenok. Uchebnoe posobie: Khrestomatiya* [Family psychology and sick child. Manual and reading book]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007, 400 p.
4. *Zdravookhranenie i sotsial'noe obespechenie v Primorskom krae. 2012: stat. sb.* [Healthcare and social service in Primorsky district. 2012: Statistical directory]. Vladivostok, Primorskstat Publ., 2012, 101 p.
5. Korsakova N.K., Mikadze Yu.V., Balashova E.Yu. *Neuspevyayushchie deti: neiropsikhologicheskaya diagnostika trudnostei v obuchenii mladshikh shkol'nikov* [Underachieving junior schoolchildren: neuropsychological diagnostic of learning difficulties]. Moscow, 2001.
6. Kravtsova N.A., Katasonova A.V. *Neiropsikhologiya formirovaniya dvigatel'nykh funktsii i prostranstvennykh predstavlenii u chasto boleyushchikh detei mladshogo shkol'nogo vozrasta* [Neuropsychology of motor and spatial functions development in sickly junior schoolchildren]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological science and education], 2011, no. 2. Available at: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n2/41677.shtml (Accessed 21 August 2015).
7. Lebedinskii V.V. *Narusheniya psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste* [Childhood mental disorders]. Moscow, Akademiya Publ., 2004, 144 p.
8. Luriya A.R. *Osnovy neiropsikhologii* [Essentials of neuropsychology]. Moscow, 1973.
9. Mikadze Yu.V. *Neiropsikhologiya detskogo vozrasta: uchebnoe posobie* [Neuropsychology of childhood: tutorial]. St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 288 p.
10. Nikolaenko N.N. *Sovremennaya neiropsikhologiya* [Modern neuropsychology]. Moscow, Rech' Publ., 2013, 272 p.
11. Polonskaya N.N. *Neiropsikhologicheskaya diagnostika detei mladshogo shkol'nogo vozrasta: uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii* [Neuropsychological diagnostic of junior schoolchildren: tutorial for students]. Moscow, Akademiya Publ., 2007, 192 p.
12. Semenovich A.V. *Neiropsikhologicheskaya korrektsiya v detskom vozraste. Metod zameshchayushchego ontogeneza: uchebnoe posobie* [Neuropsychological correction in childhood: method of substituted ontogenesis: tutorial]. Moscow, Genezis Publ., 2007, 474 p.

13. Semenovich A.V. *V labirintakh razvivayushchegosya mozga. Shifry i kody neiropsikhologii* [In the labyrinths of developing brain. Ciphers and codes of neuropsychology]. Moscow, Genezis, 2010, 432 p.
14. Semenovich A.V. *Vvedenie v neiropsikhologiyu detskogo vozrasta* [Essentials of childhood neuropsychology]. Moscow, Genezis Publ., 2013, 319 p.
15. Sirotyuk A.L. *Obuchenie detei s uchetom psikhofiziologii: Prakticheskoe rukovodstvo dlya uchitelei i roditelei* [Teaching children with regard to psychophysiology. Practical manual for teachers and parents]. Moscow, Sfera Publ., 2001, 128 p.
16. Hannaford C. *Smart moves: why learning is not all your head*. 2nd edition. Great Ocean Publishers, 1995, 237 p. (Russ. ed.: Khannaford K. *Mudroe dvizhenie. My uchimsya ne tol'ko golovoi*. Moscow, 1999, 264 p.).
17. Tsvetkova L.S. *Metodika neiropsikhologicheskoi diagnostiki detei* [Technique of neuropsychological diagnostic of children]. Moscow, Russian Pedagogic Agency Publ., 1998, 128 p.
18. Shipitsyna L.M. *Osobnosti vzaimootnoshenii v sem'yakh, imeyushchikh vzroslykh detei s umstvennoi otstalost'yu. «Neobuchaemyi» rebenok v sem'e i obshchestve. Sotsializatsiya detei s narusheniem intellekta. 2-e izd., pererab. i dop.* [Specific of interpersonal communication in families with mentally handicapped overgrown child. Uneducable child in family and society. Socialization of children with intellectual deficite. 2nd ed.]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2005, pp. 208–215.
22. Baksanskii O.E., Safonicheva O.G. Philosophical and Methodological Principles of Inclusive Training. *European Journal of Philosophical Research*, 2015, no. 2(4), pp. 56–65.
23. Surmeli T., Ertem A. Post WISC-R and TOVA improvement with QEEG guided neurofeedback training in mentally retarded: a clinical case series of behavioral problems. *Clin EEG Neurosci.*, 2010, no. 41(1), pp. 32–41.
19. Zigler E., Hodapp R. *Understanding mental retardation*. N.Y., Cambridge University Press, 2006, pp. 48–56.

Катасонова А.В. Эффективность нейропсихологической коррекции у детей младшего школьного возраста с олигофренией легкой степени // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 69–82.

Аннотация.

Введение. Большинство детей с умственной отсталостью обучаются в специализированных учреждениях, в которых используются стандартные программы обучения, которые не всегда эффективны. Необходимо использовать новые подходы, в том числе нейропсихологическую коррекцию.

Материал и методы. Исследовано 36 детей (22 мальчика, 16 девочек) в возрасте от 9 до 12 лет. Всем установлен диагноз умственной отсталости легкой степени (F70 по МКБ-10). В ходе нейропсихологической коррекции изучалась динамика высших психических функций (ВПФ). На первом этапе исследовалось актуальное состояние ВПФ методом поперечного среза по Л.С. Цветковой. Все дети были разделены на две группы (по 11 мальчиков и 8 девочек) – эмпирическую и контрольную. В эмпири-

ческой группе проводилась нейропсихологическая коррекция, в контрольной – не проводилась. На втором этапе в эмпирической группе проводилась нейропсихологическая коррекция с использованием блока кинезиологических упражнений. На третьем этапе – контрольное исследование ВПФ у детей обеих групп. Повторная оценка динамики состояния ВПФ в процессе нейропсихологической коррекции проводилась через 45 и 180 дней от начала коррекции. Для анализа независимых выборок применялся критерий Манна – Уитни, для анализа зависимых выборок – критерий Фишера.

Результаты. Выявлено недоразвитие детей в интеллектуальной, речевой, двигательной сферах. Ведущими стали симптомы дефицитарности подкорковых структур мозга. При нейропсихологической коррекции значимые улучшения наблюдались в течение 45 дней. Затем динамика не отмечалась, но происходило закрепление полученных результатов. Достоверно значимые улучшения наблюдались в двигательной сфере, во внимании и речи. У всех детей отмечено повышение мотивации при выполнении упражнений, заинтересованность в результатах.

Заключение. Эффективность данной программы нейропсихологической коррекции объясняется активацией первого функционального блока мозга и повышением нейродинамических процессов в ходе выполнения коррекционных упражнений.

Ключевые слова: высшие психические функции, нейропсихологическая коррекция, образовательная кинезиология, первый функциональный блок мозга.

Информация об авторах:

Катасонова Анна Васильевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 690002, г. Владивосток, просп. Острякова, 2, *calvaria@mail.ru*.

Katasonova A.V. Effektivnost' neiropsikhologicheskoi korrektsii u detei mladshego shkol'nogo vozrasta s oligofreniei legkoi stepeni [Efficacy of neuropsychological intervention in treating primary school children with mild mental retardation] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 69-82.

Abstract

Introduction. Most children with mental retardation study in special schools based on standard educational curricula, which sometimes turn to be ineffective. It is necessary to employ new approaches including neuropsychological intervention.

Material and methods. There were examined 36 children (22 boys, 16 girls) aged 9 -12. All of them were diagnosed as having mild mental retardation (F70 according to ICD-10). The subject for analysis was the dynamics of higher men-

tal functions (HMF) in the course of neuropsychological intervention. At the first stage, we used L.S.Tsvetkova's method of cross-sectional study to learn the actual state of HMF. All the children were divided into two groups – empirical and control, each including 11 boys and 8 girls. Neuropsychological intervention was employed only in the empirical group. At the second stage, neuropsychological intervention was based on the set of kinesiological exercises. At the third stage, we performed a control study of HMF of the children in both groups. Reevaluation of the HMF state dynamics in the course of neuropsychological intervention was done after 45 and 180 days of the intervention. To analyze the independent samples we used Mann-Whitney U test, the dependent samples – Fisher's exact test.

Results and discussion. The analysis revealed underdevelopment of the children's intellectual, motoric and linguistic capabilities. The key symptoms were those of the deficiency of subcortical brain structures. The neuropsychological intervention resulted in significant improvement within the first 45 days of its employment. Further on, we saw no dynamics but consolidation of the gained results. Positively significant improvement was seen concerning motoric, linguistic, and memory capabilities. All the children showed an increased motivation and interest in achieving results.

Conclusion. This program is likely to be effective due to activation of the first functional unit of the brain, and speedup of neurodynamic processes.

Keywords: higher mental functions, neuropsychological intervention, educational kinesiology (Brain Gym), the first functional unit of the brain.

Information about authors:

Katasonova Anna, Ph.D. in Psychology, Associate Professor of Clinical Psychology Department, Pacific State Medical University, Russia, 690002, Vladivostok, Ostryakova prosp., 2, *calvaria@mail.ru*.

Поступила: 31.08.2015

Received: 31.08.2015

УДК 616.89-008.441.33-07
ББК Ю974.216-81

ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

Э.П. Станько¹, С.А. Игумнов²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

² УО «Государственный институт управления и социальных технологий
Белорусского государственного университета», Минск, Республика Беларусь

Введение

Повышение эффективности лечения и качества ремиссий у наркозависимых пациентов (НЗП) является сложной проблемой современной наркологии. Распространённость наркозависимости, наличие психических расстройств у НЗП, недостаточная готовность наркологической службы к решению задач эффективной психосоциальной реабилитации НЗП делают эту проблему актуальной [3, 7]. Оказание преимущественно краткосрочной одномоментной помощи, неполный охват диспансерным наблюдением НЗП способствуют вытеснению комплексного подхода в лечении зависимости от наркотиков. В итоге пациенты не получают необходимого объема лечебно-реабилитационной помощи, что ведёт к прогрессированию болезни и хронизации психических расстройств [4, 5]. Специализированная помощь ограничивается купированием состояния отмены или острых состояний вследствие потребления психоактивных веществ (ПАВ). В результате 90% НЗП после однократного курса стационарного лечения в течение года возобновляют неконтролируемое употребление наркотиков, а более 70% – поступают на лечение несколько раз в год [2].

Наркологические заболевания, как и другие психические расстройства, носят прогрессивный характер. Полное излечение наркозависимости представляет собой трудновыполнимую задачу. Неотъемлемой частью заболевания является рецидив, возникающий на фоне попыток контроля потребления наркотиков. Длительная ремиссия и выздоровление должны достигаться по-

этапно. Очевидность недостаточности критерия «полный отказ от приема наркотиков» в оценке терапевтического результата требует разработки методов динамической оценки эффективности лечения и качества ремиссий с помощью многомерных психометрических инструментов. Симптоматика наркозависимости представляет собой широкий спектр расстройств, встречающийся в «большой» и «пограничной» психиатрии при наглядном единстве психических и соматоневрологических нарушений. Психические расстройства встречаются у 50–75% НЗП, оказывают неблагоприятное влияние на качество ремиссии. В структуре психопатологических нарушений при наркозависимости наиболее частой формой является аффективная патология. Расстройства настроения варьируют от подавленности до тяжелых депрессивных состояний, являются составной частью патологического влечения к ПАВ и состояния отмены. Психоэмоциональные нарушения вследствие потребления ПАВ препятствуют формированию стойких ремиссий и в 50% случаев приводят к рецидиву заболевания [9]. Собственно психотропный эффект потребляемых опиатов оказывает влияние на весь спектр психических и поведенческих расстройств, отличающихся сложностью и многогранностью психопатологической симптоматики. Выявление психопатологических симптомов при выборе лечебной тактики будет способствовать повышению эффективности терапии НЗП. Для оценки эффективности лечения, качества ремиссии у пациентов с опийной зависимостью наибольший интерес представляет изучение структуры и динамики психопатологических симптомов до и после лечения, на этапе камишнестического наблюдения.

Целью работы было изучение структуры и динамики психопатологических симптомов у НЗП до и после лечения, в период становления и стабилизации ремиссии.

Материал и методы исследования

Основным объектом исследования являются ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью, проживающие на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – клинические, социальные и психологические характеристики зависимых пациентов с ВИЧ (ВПН) и без ВИЧ-инфекции (ВНН) до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Настоящее исследование является сочетанным (кросс-секционным и проспективным) с регулярным мониторингом (6-кратное

исследование) отслеживаемых параметров психопатологической симптоматики до, после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты больных¹.

Обследовано 376 ВПН (I группа) и 444 ВНН (II группа). В основную группу (I) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года (SD = 5,54); мужчин – 33,7 года (SD = 5,59); женщин – 30,8 лет (SD = 4,86). Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не согласившиеся на обследование, в состоянии отмены, с выраженными органическими изменениями личности, острым психотическим расстройством, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания, умственной отсталостью, шизофренией. Группой контроля служили 65 здоровых лиц [6]. Верификация соматической патологии проводилась квалифицированными специалистами из числа сотрудников специализированных медицинских учреждений с использованием современного диагностического оборудования.

Для многомерной оценки уровня психопатологической симптоматики после купирования состояния отмены использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [12, 13] в адаптированном Н.В. Тарабриной варианте [11]. SCL-90-R предусмотрен для самостоятельного заполнения, не требует участия специалиста. Состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 – «совсем нет», а 4 – «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: «соматизация» – Somatization (SOM), «обсессивно-компульсивные расстройства» – Obsessive-Compulsive (O-C), «межличностная сензитивность» – Interpersonal Sensitivity (INT), «депрессия» – Depression (DEP), «тревожность» –

¹ ГОСТР 52379-2005. Надлежащая клиническая практика. М.: Стандартинформ, 2005. URL: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm> (Дата доступа: 22.11.2014).

Anxiety (ANX), «враждебность» – Hostility (HOS), «фобическая тревожность» – Phobic Anxiety (PHOB), «паранойяльные симптомы» – Paranoid Ideation (PAR), «психотизм» – Psychoticism (PSY), а также по 3 обобщенным шкалам второго порядка: GSI – общий индекс тяжести симптомов; PTSD – индекс личного симптоматического дистресса, PST – широта диапазона симптоматики. Результаты SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал и выраженность отдельных симптомов.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков использовались математическое ожидание (M) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате $M \pm SD$ или медиана (Me) и интерквартильный размах в формате Me (LQ-UQ), где LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль. Для сопоставления групп по количественным признакам использовались непараметрические методы: U-критерий Манна – Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для связанных групп. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) психических расстройств в 8 раз выше, чем в среднем в популяции, 50% инфицированных ВИЧ страдает психическими расстройствами [10]. Среди психических расстройств у инфицированных ВИЧ встречаются аффективные, аддиктивные и когнитивные расстройства, деменция. Зависимость от ПАВ и ВИЧ взаимно утяжеляют друг друга, что приводит к быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции. При нарастании тяжести заболевания наличие ВИЧ-инфекции повышает вероятность развития у НЗП психических расстройств. Сочетание ВИЧ-инфекции, наркозависимости и психических расстройств отягощает течение всей коморбидной патологии, ухудшает прогноз и увеличивает риск распространения инфекционных заболеваний и наркозависимости. В 28,9% случаев среди НЗП диагностируются расстройства личности [9]. Психические расстройства негативно влияют на терапевтическую динамику и эффективность лечебного процесса, вызывают резистентность к терапевтическим воздействиям и снижают эффективность лечения НЗП [1]. Следует отметить, что обострение патологического влечения к наркоти-

ку нередко проявляется у НЗП психическими (аффективными) расстройствами и расстройствами поведения [8].

Острая интоксикация и состояние отмены у НЗП с психическими расстройствами протекают в более тяжелой форме, чем у НЗП без психических расстройств. В состоянии отмены наличие психических расстройств у НЗП затрудняет контроль и идентификацию спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику, чаще возникают когнитивные нарушения в виде эмоциональной дезорганизации мышления и расстройств внимания [1].

В исследуемой выборке преобладали пациенты с невысоким уровнем образования, занятости, проблемами на работе и в семье, низкими моральными качествами и криминальным поведением. Пациенты отмечали, что зависимость от наркотиков и проблемы со здоровьем оказывали влияние на их жизненный тонус и психоэмоциональное состояние, на социальное функционирование в целом и уровень социальных контактов в частности. При исследовании психопатологической симптоматики в группах пациентов до лечения более высокие показатели, отражающие тяжесть психопатологических симптомов, выявлены в группе ВПН (табл. 1).

Таблица 1. Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики у ВПН и ВНН до лечения

Субшкалы	I группа (n = 376)					II группа (n = 444)					P
	Q25	Med	Q75	Means	SD	Q25	Med	Q75	Means	SD	
SCL90R											
SOM	1,16	1,83	2,25	1,72	0,74	0,85	1,33	1,83	1,42	0,71	0,000000
O – C	0,80	1,40	1,90	1,34	0,66	0,60	1,10	1,50	1,13	0,66	0,000006
INT	0,66	1,11	1,66	1,30	0,72	0,55	1,00	1,55	1,07	0,71	0,000000
DEP	1,07	1,69	2,15	1,64	0,71	0,92	1,38	1,92	1,46	0,74	0,000578
ANX	0,90	1,60	2,10	1,55	0,79	0,70	1,10	1,80	1,26	0,75	0,000000
HOS	0,66	1,33	2,16	1,41	0,83	0,50	1,00	1,60	1,12	0,77	0,000001
PHOB	0,28	0,71	1,14	0,77	0,63	0,14	0,42	0,85	0,58	0,58	0,000004
PAR	1,00	1,50	2,00	1,53	0,75	0,66	1,00	1,67	1,22	0,76	0,000000
PSY	0,40	0,90	1,40	0,94	0,65	0,30	0,70	1,10	0,79	0,61	0,000435
ADD	1,14	1,71	2,14	1,65	0,75	1,00	1,57	2,14	1,59	0,78	0,180215
GSI	0,91	1,47	1,88	1,40	0,61	0,77	1,15	1,60	1,19	0,60	0,000000

Примечание: SOM – соматизация (Somatization); O – C – обсессивность – компульсивность (Obsessive – Compulsive); INT – межличностная чувствительность (Interpersonal Sensitivity); DEP – депрессия (Depression); ANX – тревожность (Anxiety); HOS – враждебность (Hostility); PHOB – фобическая тревожность (Phobic Anxiety); PAR – паранойяльные тенденции (Paranoid Ideation); PSY – психотизм (Psychoticism); ADD – дополнительная шкала; GSI – общий индекс тяжести симптомов.

Как видно из табл. 1, сравнение ВПН и ВНН до лечения при помощи критерия Манна – Уитни выявило достоверные различия между пациентами: у поступивших на лечение ВНН регистрировались более низкие значения по всем шкалам SCL-90-R по сравнению с ВПН. Обращает на себя внимание тот факт, что по всем составляющим опросника между обследованными лицами имеют место статистически значимые различия на уровне $p < 0,0005$ (кроме значений дополнительной шкалы). Наиболее высокие показатели SCL-90-R до лечения в группе ВПН наблюдались по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, «паранойяльных симптомов» и враждебности, более низкие – обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, психотизма и фобической тревожности. До лечения общий индекс тяжести симптомов у ВПН на 15% был более выражен, чем у ВНН, составивший, соответственно, 1,40 (SE = 0,61) к 1,19 (SE = 0,60).

Несмотря на проведенное лечение, наиболее высокие показатели у ВПН при выписке выявлены по шкалам: «паранойяльные симптомы», «депрессия», «соматизация» и «тревожность», более низкие – «обсессивно-компульсивные расстройства», «враждебность», «психотизм» и «фобическая тревожность» (табл. 2).

Таблица 2. Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики у ВПН и ВНН после лечения (при выписке)

Субшкалы	I группа (n = 376)					II группа (n = 444)					P
	Q25	Med	Q75	Means	SD	Q25	Med	Q75	Means	SD	
SCL90R											
SOM	0,50	0,95	1,41	1,02	0,64	0,41	0,75	1,16	0,80	0,53	0,000038
O – C	0,40	0,83	1,40	0,88	0,57	0,40	0,70	1,10	0,80	0,50	0,067729
INT	0,44	0,88	1,33	0,93	0,64	0,44	0,67	1,00	0,76	0,52	0,001249
DEP	0,53	1,00	1,53	1,11	0,65	0,53	0,84	1,31	0,98	0,58	0,021569
ANX	0,50	0,90	1,50	1,03	0,66	0,40	0,70	1,10	0,80	0,50	0,000047
HOS	0,33	0,83	1,50	0,94	0,72	0,33	0,66	1,00	0,69	0,49	0,000200
PHOB	0,14	0,57	0,85	0,54	0,47	0,14	0,28	0,57	0,37	0,36	0,000033
PAR	0,50	1,16	1,66	1,14	0,76	0,50	0,83	1,33	0,91	0,62	0,000147
PSY	0,20	0,60	1,00	0,68	0,52	0,20	0,50	0,80	0,59	0,46	0,028310
ADD	0,71	1,14	1,42	1,08	0,56	0,57	1,00	1,42	1,06	0,62	0,176426
GSI	0,46	0,88	1,41	0,94	0,54	0,50	0,75	1,04	0,79	0,42	0,000610

Примечание: SOM – соматизация (Somatization); O – C – обсессивность – компульсивность (Obsessive-Compulsive); INT – межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity); DEP – депрессия (Depression); ANX – тревожность (Anxiety); HOS – враждебность (Hostility); PHOB – фобическая тревожность (Phobic Anxiety); PAR – паранойяльные тенденции (Paranoid Ideation); PSY – психотизм (Psychoticism); ADD – дополнительная шкала, GSI – общий индекс тяжести симптомов.

Как видно из табл. 1 и 2, до лечения и при выписке больше всего у ВПН различалась величина показателей соматизации – в 1,7 раза, которая находилась в интервале значений Ме 0,95 [0,50-1,41] при выписке. Также при выписке у ВПН в 1,5 раза снизился уровень обсессивности – компульсивности, враждебности, депрессии и тревожности; в 1,4 раза – межличностной сензитивности, фобической тревожности и психотизма; в 1,3 раза – паранойяльности. При снижении в 1,5 раза общего индекса тяжести симптомов, его интерквартильный размах при выписке у ВПН оставался в пределах Ме 0,88 [0,46-1,41].

Полученные результаты показали, что, несмотря на значимое снижение выраженности психопатологических симптомов по всем шкалам SCL-90-R, их средние значения у ВПН после проведенного лечения были выше аналогичных показателей ВНН и здоровых лиц.

Динамика выраженности общего индекса тяжести симптомов в исследуемых группах представлена на рис. 1.

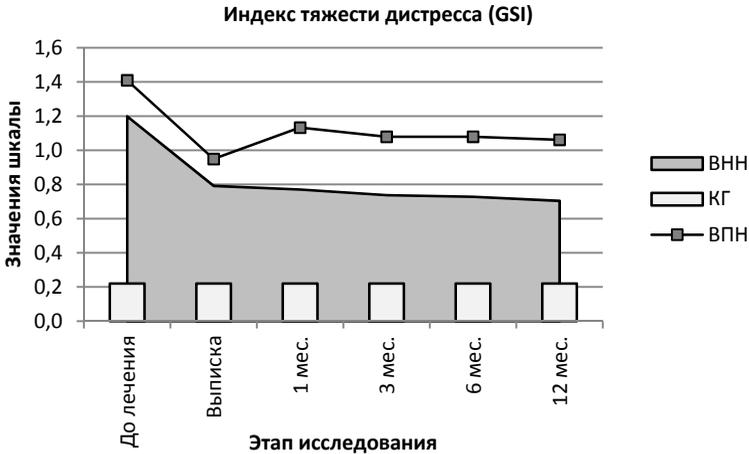


Рис. 1. Усредненный динамический профиль выраженности общего индекса тяжести симптомов по группам

Как видно из рис. 1, до лечения в исследуемых группах значения общего индекса тяжести психопатологических симптомов в 6,4 раза у ВПН и 5,4 раза у ВНН были выше аналогичного показателя контрольной группы. После лечения величина общего ин-

декса тяжести симптомов в 4,3 раза у ВПН и в 3,6 раза у ВНН превышала соответствующий показатель здоровых лиц.

Спустя месяц от начала наблюдения тяжесть психопатологической симптоматики у ВПН нарастает, отмечается увеличение показателя GSI до значений M_e 0,88 [0,46-1,41], в отличие от ВНН, у которых уровень общего индекса тяжести симптомов постепенно снижается. В дальнейшем, спустя 3, 6 и 12 месяцев наблюдения, кривая общего индекса тяжести симптомов у ВПН находится примерно на одном уровне, значения которого почти в 5 раз выше показателя здоровых. По уровню общего индекса тяжести симптомов через 12 месяцев наблюдения ВПН и ВНН различались в 1,5 раза.

Полученные данные свидетельствуют не только о наличии, но и о степени тяжести психопатологической симптоматики, отражающей выраженность дистресса, который испытывают пациенты исследуемых групп после лечения, в период становления и стабилизации ремиссии. Оказание в таких условиях лишь курса терапии в виде краткосрочной одномоментной помощи улучшает, но не стабилизирует психическое состояние НЗП, особенно с ВИЧ-инфекцией, что увеличивает риск рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся психических расстройств.

Анализ выраженности шкал SCL-90-R у пациентов обеих групп показал, что наибольшие значения, отражающие степень тяжести психопатологической симптоматики до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения по всем шкалам были характерны для ВПН. Так, выраженность показателей шкал SCL-90-R в исследуемых группах до лечения представлена на рис. 2.

Как видно из рис. 2, до лечения у пациентов обеих групп наиболее высокими были показатели соматизации, депрессии, тревожности, шкалы «паранойяльные симптомы» и враждебности. Однако значения изучаемых показателей у исследуемых групп различались. Так, по уровню соматизации ВПН и ВНН различались в 1,2 раза, ВПН и здоровые лица – в 5,2 раза, ВНН и здоровые – в 4,3 раза. Уровень депрессии в 8,6 раза у ВПН и в 7,7 раза у ВНН превышал аналогичный показатель здоровых лиц. Уровень тревожности в 10,4 раза у ВПН и в 8,4 раза у ВНН выше соответствующего показателя здоровых. По уровню паранойяльности ВПН и ВНН отличались в 1,3 раза, ВПН и здоровые лица – в 6,7 раза, ВНН и здоровые лица – в 5,3 раза.

После лечения при выписке выраженность психопатологических симптомов у пациентов обеих групп снизилась. Показатели

шкал SCL-90-R в исследуемых группах при выписке представлены на рис. 3.

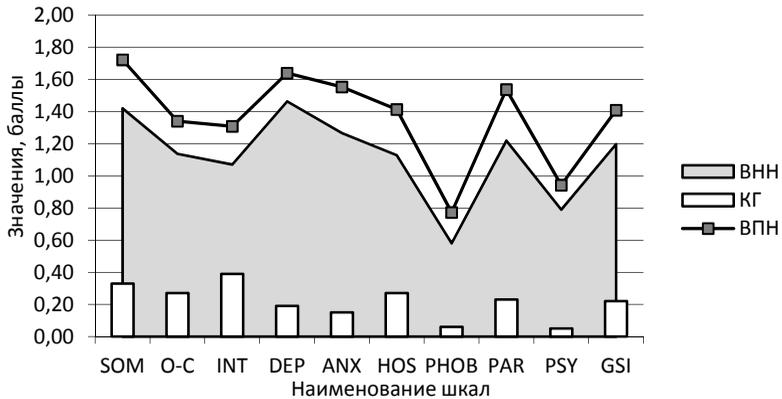


Рис. 2. Показатели шкал SCL-90-R в исследуемых группах до лечения

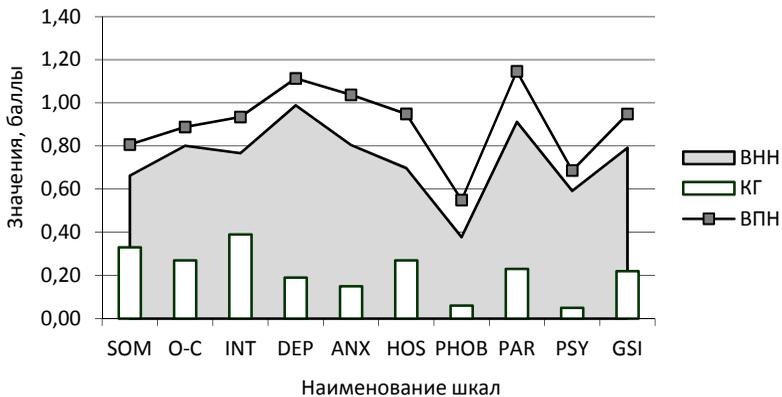


Рис. 3. Показатели шкал SCL-90-R в исследуемых группах после лечения (при выписке)

Как видно из рис. 3, после лечения уровень психопатологической симптоматики снизился, однако средние значения изучаемых показателей у ВПН и ВНН оставались выше показателей контрольной группы. Наибольшей редукции после лечения у ВПН подверглись симптомы соматизации (1,7 раз), обсессивности – компульсив-

ности, тревожности, враждебности и депрессии (1,5 раз), в меньшей степени – «паранойяльные симптомы» и психотизма (1,3), фобической тревожности и межличностной сензитивности (1,4). Снижение уровня психопатологической симптоматики у ВНН отмечено прежде всего по шкалам соматизации (1,8 раз), враждебности и тревожности (1,6 раз), фобической тревожности и депрессии (1,5 раз), в меньшей степени – «паранойяльных симптомов» и психотизма (1,3), межличностной сензитивности (1,4).

Наиболее высокими оставались показатели депрессии, тревожности и значения шкалы «паранойяльные симптомы». Так, при снижении в 1,7 раза у ВПН и 1,8 раза у ВНН уровня соматизации ее значения в 2,4 раза у ВПН и в 2 раза у ВНН были выше аналогичного показателя у лиц контрольной группы. Уровень депрессии при выписке у пациентов обеих групп снизился в 2 раза, однако величина депрессии в 5,8 раза у ВПН и в 5,2 раза у ВНН оставалась выше показателя контрольной группы. При снижении в 1,5 раза уровня тревожности у пациентов обеих групп его величина при выписке в 7 раз у ВПН и в 5 раз у ВНН была выше показателя здоровых. Следует отметить, что уровень паранойяльности у ВПН и ВНН после лечения изменился незначительно. При снижении в 1,3 раза его величина в 5 раз у ВПН и в 4 раза у ВНН выше показателя здоровых лиц. Наибольшие различия между пациентами и контрольной группой выявлены по шкалам психотизма и фобической тревожности. Так, при выписке, по уровню психотизма ВПН и здоровые различались в 14 раз, ВНН и здоровые – в 12 раз, по уровню фобической тревожности ВПН и здоровые различались в 9 раз, ВНН и здоровые – в 6 раз.

Динамическая оценка показателей SCL-90-R через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения свидетельствует об отсутствии значимых изменений в интенсивности психопатологических симптомов у ВПН и ВНН. Вместе с тем по уровню тяжести психопатологической симптоматики до и после лечения по отношению к уровню симптоматики через 1, 3, 6 и 12 месяцев у ВПН и ВНН наблюдалось различие (рис. 4).

Как видно из рис. 4, через 12 месяцев наблюдения отмечаются снижение уровня психопатологических показателей (кроме соматизации и фобической тревожности) в группе ВНН и увеличение у ВПН. Уже через месяц от начала наблюдения у ВПН наблюдается обострение психопатологической симптоматики, динамика которой на протяжении 3, 6 и 12 месяцев сохранялась примерно на од-

ном уровне. Период становления и стабилизации ремиссии в группе ВПН сопровождается увеличением всех показателей SCL-90-R: шкалы «паранойяльные симптомы», соматизации, тревожности, депрессии и враждебности, в меньшей степени – межличностной сензитивности, обсессивности – компульсивности, психотизма и фобической тревожности.

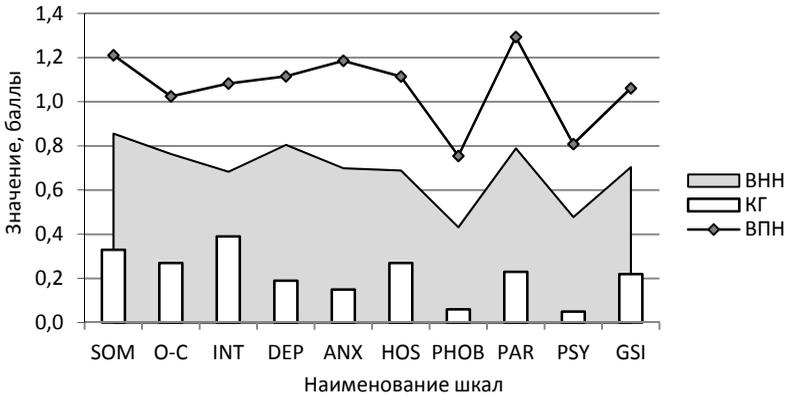


Рис. 4. Показатели шкал SCL-90-R в исследуемых группах через 12 месяцев от начала наблюдения

Сравнительная оценка показателей SCL-90-R до лечения и через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения показала снижение значений у исследуемых пациентов по всем шкалам. Если значения в группе ВПН при поступлении и спустя 12 месяцев различались по уровню соматизации в 1,4 раза, депрессии – в 1,5 раза, общего индекса тяжести симптомов – в 1,3 раза, то в группе ВНН по уровню депрессии и тревожности – в 1,8 раза, соматизации – в 1,7 раза, враждебности и психотизма – в 1,6 раза, общего индекса тяжести симптомов – в 1,7 раза.

Анализ соотношения значений показателей SCL-90-R при выписке и через 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН и ВНН выявил динамические различия в степени тяжести психопатологической симптоматики. Так, если при выписке показатели соматизации у ВПН и ВНН различались в 1,2 раза, то спустя 12 месяцев – в 1,4 раза (1,2/1,4); по уровню тревожности – 1,2/1,7; по уровню депрессии – 1,1/1,4; паранойяльных симптомов и межличностной

сензитивности – 1,2/1,6; враждебности – 1,2/1,6; фобической тревожности – 1,3/1,7; психотизма – 1,2/1,7; обсессивности – компульсивности – 1,2/1,3; общего индекса тяжести симптомов – 1,2/1,5.

Заключение

Активное потребление наркотических веществ наркозависимыми пациентами сопровождается развитием у них психических расстройств с различной степенью выраженности. Несоблюдение основных принципов терапии, особенности течения наркологического заболевания, отсутствие эффективных методов лечебно-реабилитационных технологий и мониторинга лечебно-реабилитационного процесса обуславливают низкий уровень эффективности существующей системы лечения и медико-социальной реабилитации наркозависимых пациентов.

Динамика показателей SCL-90-R носит информативный характер, что важно учитывать в процессе лечения при оценке риска развития нежелательных явлений. Сравнительная оценка показателей SCL-90-R, выявляя разное соотношение проблем, дает возможность дифференцировать пациентов на группы в зависимости от уровня психопатологической симптоматики и тяжести заболевания, позволяет выбирать приоритетные направления терапии (медикаментозной, психотерапевтической, психосоциальной) и оптимизировать тактику ведения пациентов с опишной зависимостью, влияющую на течение и прогноз заболевания.

Наличие сопутствующей патологии (ВИЧ, психических расстройств) ограничивали лечебный эффект терапии. Несмотря на снижение показателей SCL-90-R после проведенного лечения, их величина у ВПН существенно выше показателей здоровых лиц и ВНН, что свидетельствует о недостаточности курса кратковременной одномоментной терапии для нормализации психического состояния и необходимости разработки алгоритма ведения ВПН, включающего проведение длительных, корректируемых с учетом потребностей пациентов, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Раннее выявление и лечение коморбидных расстройств (психических, соматических) могут снизить вероятность рецидива и повысить эффективность терапевтических программ. Для мониторинга состояния НЗП следует использовать многомерные валидные инструменты, комплексно оценивающие весь спектр медико-социальных последствий потребления наркотических веществ.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сформулировать следующие выводы.

1. Психопатологическая симптоматика, отражающая уровень дистресса, характерна для пациентов с опийной зависимостью с ВИЧ-инфекцией и без ВИЧ.

2. ВПН статистически значимо ($p < 0,0005$) отличаются от ВНН и здоровых лиц более высоким уровнем тяжести психопатологических симптомов, что указывает на тотальный характер негативного психотропного воздействия потребляемых опиатов и ВИЧ-инфекции.

3. Интенсивность психопатологической симптоматики изменчива: после лечения снижается, в период становления и стабилизации ремиссии у ВПН имеет тенденцию к обострению, что увеличивает риск возникновения рецидива и свидетельствует о низком качестве ремиссии вследствие недостаточной эффективности кратковременного курса терапии.

4. Курс кратковременной одномоментной терапии позволяет достичь на этапе установления ремиссии клинического улучшения, но не стабилизации психического состояния наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией, что указывает на необходимость разработки с учетом потребностей пациентов длительных, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опийной наркоманией. Павлодар, 2005. С. 190–194.
2. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей инъекционных наркотиков: пособие для врачей / авт.-сост. Р.Д. Илюк и др.; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб., 2012. 47 с.
3. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Алкоголизм: Руководство для врачей. М.: МИА, 2011. 856 с.
4. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины // Неврологический вестник. 2010. Т. 42, № 3. С. 25–27.
5. Магалиф А.Ю., Магалиф А.А. Экзистенциальная депрессия и алкоголизм // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы конф. (Москва, 1-3 окт. 2003 г.). М., 2003. С. 214.
6. Мінко О.О. Інформативність та діагностична значущість результатів психодіагностичного обстеження як маркерів залежності від опіоїдів // Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вып. 2(59). С. 35–39.
7. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезво-

- сти / К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина, Н.Г. Незнанов и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 63–72.
8. Принципы фармакотерапии опишной наркомании / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, С.О. Мохначев и др. // Наркология. 2002. № 11. С. 28–30.
9. Программа комплексной терапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных: методические рекомендации / авт.-сост. Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, А.М. Шишкова; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб., 2012. 44 с.
10. Сумарокова М.А. Эпидемиологические и психопатологические аспекты проблемы ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков // Наркология. 2009. Т. 8, № 10. С. 75–80.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
12. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, vol. 9 (1), pp. 13–27.
13. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, vol. 128, pp. 280–289.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinskii Yu.A. *Rannyya profilaktika i reabilitatsiya bol'nykh opiinoi narkomaniei* [Pre-exposure prevention and rehabilitation of opiate addicts]. Pavlodar, 2005, 287 p., pp. 190–194.
2. Ilyuk R.D. et al. *Dinamicheskaya otsenka klinicheskikh i sotsial'nykh kharakteristik nakhodyashchikhsya na reabilitatsionnom lechenii potrebitel' in "ekstsiionnykh narkotikov: posobie dlya vrachei* [Dynamical evaluation of clinical and social characteristics of IV drug users on rehabilitation therapy: manual for doctors]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Research Institute Publ., 2012, 47 p.
3. Ivanets N.N., Vinnikova M.A. *Alkogolizm: Rukovodstvo dlya vrachei* [Alcoholism: doctor's manual]. Moscow, MIA Publ., 2011, 856 p.
4. Krupitskii E.M. *Kratkosrochnoe intensivnoe psikhoterapevticheskoe vmeshatel'stvo v narkologii s pozitsii dokazatel'noi meditsiny* [Short-term intensive psychotherapeutic intervention in narcology: evidence-based approach]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Bulletin], 2010, vol. 42, no. 3, pp. 25–27.
5. Magalif A.Yu., Magalif A.A. *Ekzistentsial'naya depressiya i alkogolizm* [Existential depression and alcoholism]. *Affektivnye i shizoaffektivnye rasstroistva: materialy konferentsii, Moskva, 1-3 oktyabrya 2003 goda* [Proc. of Conf. «Affective and schizoaf-fective disorders». Moscow, 1-3 October 2003]. Moscow, 2003, p. 214.
6. Minko O.O. *Informativnist' ta diagnostichna znachushchist' rezul'tativ psikhodiagnostichnogo obstezhennya yak markeriv zalezhnosti vid opioïdiv* [Information and diagnostic value of psychodiagnostic results as opiate dependence markers]. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii* [Ukrainian Psychoneurology Bulletin], 2009, vol. 17, no. 2(59), pp. 35–39.
7. Rybakova K.V., Dubinina L.A., Neznanov N.G. et al. *Otsenka kachestva remissii u bol'nykh alkogol'noi zavisimost'yu na osnove klinicheskikh i sotsial'no-psikhologi-*

- cheskikh kriteriev readaptatsii k trezvosti* [Estimation of remission quality in alcohol addicts based on clinical and socio-psychological criteria of readaptation to sobriety]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii* [Psychiatry and medicine psychology review], 2012, no. 4, pp. 63–72.
8. Rokhlina M.L., Kozlov A.A., Mokhnachev S.O. et al. *Printsipy farmakoterapii opiinnoi narkomanii* [Principles of opiate addiction pharmacotherapy]. *Narkologiya* [Narcology], 2002, no. 11, pp. 28–30.
9. Ilyuk R.D., Krupitskii E.M., Shishkova A.M. *Programma kompleksnoi terapii komorbidnykh psikhopatologicheskikh i povedencheskikh rasstroistv u VICH-infitsirovannykh narkozavisimykh bol'nykh: metodicheskie rekomendatsii* [Guideline to complex therapeutic regimen of comorbid psychopathological and behavioral disorders for HIV-infected IV drug users]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Research Institute Publ., 2012, 44 p.
10. Sumarokova M.A. *Epidemiologicheskie i psikhopatologicheskie aspekty problemy VICH u potrebitelei in "ekstsiornykh narkotikov* [Epidemiological and psychopathological aspects of HIV-infection in IV drug users]. *Narkologiya* [Narcology], 2009, vol. 8, no. 10, pp. 75–80.
11. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Psychology of posttraumatic stress: tutorial]. St. Petersburg, Piter Press, 2001, 268 p.
12. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, vol. 9 (1), pp. 13–27.
13. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, vol. 128, pp. 280–289.

Станько Э.П., Игумнов С.А. Динамика психопатологической симптоматики у пациентов с опиоидной зависимостью в процессе терапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 83–99.

Аннотация. Приведены результаты клинико-психологического исследования показателей психопатологического состояния ВИЧ-положительных (ВПН) и ВИЧ-негативных пациентов с опиоидной зависимостью (ВНН) до и после лечения, на этапах становления и стабилизации ремиссии.

Целью работы было изучение структуры и динамики психопатологической симптоматики у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов с опиоидной зависимостью.

Материал и методы. В обследовании принимали участие 820 пациентов. Изучались параметры основных психопатологических симптомов с помощью опросника SCL-90-R в динамике. Представлена структура психопатологической симптоматики пациентов с опиоидной зависимостью. Выявлены изменения показателей психопатологического состояния исследованных пациентов до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения.

Результаты исследований свидетельствуют о наличии более выраженной психопатологической симптоматики у ВПН, чем у ВНН. Установ-

лено, что величина показателей SCL-90-R, несмотря на положительную динамику при выписке, у исследованных пациентов существенно выше показателей здоровых лиц, что свидетельствует о недостаточности кратковременной одномоментной терапии для нормализации психического состояния пациентов с опийной зависимостью и необходимости разработки алгоритма ведения наркозависимых пациентов, включающего проведение длительных, корректируемых с учетом потребностей пациентов, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: психопатологическая симптоматика, динамическая оценка, опиоидная зависимость, ВИЧ.

Информация об авторах:

Станько Эдуард Павлович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь, 230000, г. Гродно, ул. Горького, 80, edk_st@mail.ru.

Игумнов Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры реабилитологии УО «Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета», Беларусь, 220004, г. Минск, ул. Обойная, 7, тел. +375 17 3401819. sigumnov67@gmail.com.

Stanko E.P., Igumnov S.A. Dinamika psichopatologicheskoi simptomatiki u patsientov s opioidnoi zavisimost'yu v protsesse terapii [Dynamics of psychopathological symptomatology in patients with opioid dependence in the process of treatment] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 83–99.

Abstract. The article presents the results of the clinical and psychological study of the psychopathological state indicators exhibited by HIV-positive (HPN) and HIV-negative patients with opioid dependence (HNN) before and after treatment, at the stages of establishment and stabilization of remission.

The aim of the work was to study the structure and dynamics of psychopathological symptoms exhibited by HIV-positive and HIV-negative patients with opioid dependence.

Material and Methods. The survey involved 820 patients. We used a SCL-90-R questionnaire to study parameters of the main psychopathological symptoms over the time of treatment. The article describes the structure of psychopathological symptomatology exhibited by patients with opioid dependence. The study revealed some changes in indicators of psychopathological state of the examined patients before and after treatment, after 1, 3, 6 and 12 months from the start of observation.

Results and discussion. The findings suggest the HPN patients exhibit more severe psychopathological symptomatology than the HNN patients. It was found

out that despite a positive trend at discharge the examined patients exhibited a significantly higher SCL-90-R value than healthy individuals, which indicates that short-term, single-step therapy is not sufficient for revival of the mental state of patients with opioid dependence and there is the need to develop an algorithm of treating drug-dependent patients, including long-term comprehensive treatment and rehabilitation programs, adjusted to the patients' needs.

Keywords: psychopathology, dynamic assessment, opioid dependence, HIV.

Information about authors:

Stanko Eduard, M.D., Ph.D. in Medicine, Associate Professor of Psychiatry and Narcology Department, Grodno State Medical University, Belarus, 230000, Grodno, Gorky st., 80, edk_st@mail.ru.

Igumnov Sergey, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Department of Rehabilitation, State Institute of Management and Social Technologies of Belarusian State University, Belarus, 220004, Minsk, Oboynaya st., 7, tel. +375 17 3401819, sigumnov67@gmail.com.

Поступила: 28.08.2015

Received: 28.08.2015

УДК 614.216

ББК Р11(2Рос)286.14

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОДЕРЖАНИЯ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

М.А. Березовская, Т.В. Коробицина, И.И. Кулаков

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

В современной демографической и социально-экономической ситуации поддержка и социальная защита инвалидов, ветеранов, граждан пожилого возраста являются одной из важнейших задач государственной социальной политики многих стран [15]. В то же время здравоохранение – это один из элементов сложной системы, предназначенной для решения медико-демографических проблем, целью которого не может быть только здоровье. Это требует обязательного решения многих вопросов – законодательных, структурных, кадровых [7], обеспечения не только медицинской, но и медико-социальной помощи [13]. К числу чрезвычайно важных аспектов медицинских научных исследований относятся психические расстройства в возрасте обратного развития [3].

Законодательством Российской Федерации предусмотрен целый комплекс взаимосвязанных организационных, правовых, социально-экономических мер по улучшению положения и социальной защищенности инвалидов, ветеранов, граждан пожилого возраста, проживающих в домах-интернатах [14]. Им предоставляются социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые и социально-правовые услуги¹ в соответствии с их потребностями [10]. Реализуются психолого-педагогическая поддержка [18] и социализация пожилого человека в новых для него условиях [17], социально-психологическая реабилитация [4, 16], а комплексный гуманизированный подход к социальному обслуживанию призван в целом

¹ ГОСТ Р 52143-2013. Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. Взамен ГОСТ Р 52143-2003. Введ. 2015-01-01. М.: Стандартинформ, 2014. 7 с.

обеспечить индивидуальность работы с клиентом, качество и состав социальных услуг [8].

Гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении, разносторонняя социально-бытовая помощь оказывается в учреждениях стационарного социального обслуживания¹, где создаются наиболее адекватные их возрасту и состоянию здоровья условия жизнедеятельности, проводятся реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечиваются уход и медицинская помощь, организуются отдых и досуг².

Проблему алкоголизации клиентов российских домов-интернатов общего типа как основную и наиболее важную причину нарушения правил внутреннего распорядка, ухудшения условий проживания, появления межличностных конфликтов и трудностей сосуществования отмечают многие специалисты, представители групп общественного (гражданского) контроля, сами клиенты при личных беседах [19]. Указывается на сложность реализации такими клиентами совладающего поведения [5], их фиксированности на негативном прошлом с депрессивными проявлениями и высокой агрессивностью, что является клинически и психологически неблагоприятной временной ориентацией [11].

Руководству интернатов затруднительно в рамках служебных полномочий эффективно и адекватно воздействовать на клиентов, злоупотребляющих алкоголем [9]. Пресечение употребления алкоголя на территории учреждений с применением штрафных санкций участковым инспектором полиции в рамках административного законодательства не дает необходимого результата. Использование перевода в специальные стационарные учреждения социального обслуживания, где находятся по желанию или по решению суда, принято на основании представления администрации стационарных

¹ Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Фед. закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ. Доступ из справ.-прав. системы «КонсультантПлюс».

² О Федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания: постановление Правительства РФ от 25.11.1995 г. № 1151. Доступ из справ.-прав. системы «КонсультантПлюс».

учреждений, граждане пожилого возраста и инвалиды, проживавшие в стационарных учреждениях социального обслуживания и постоянно нарушавшие установленный Положением об учреждении социального обслуживания порядок проживания в них, является непопулярной мерой. Несмотря на то, что для людей, страдающих алкоголизмом, именно в таких учреждениях социального обслуживания можно было бы создать специальные условия и режим, исключая крайние проявления последствий употребления алкоголя.

Клиент может быть отчислен из учреждения стационарного социального обслуживания в связи с постоянным нарушением правил внутреннего распорядка дома-интерната. Однако поскольку проживающие в таких учреждениях не только полностью или частично утратили способность к самообслуживанию, но и, как правило, не имеют родственников, способных за ними ухаживать, подобное решение администрации приведет к губительным для клиента последствиям. Поэтому руководство учреждения, по сути, вынуждено мириться с ситуацией, пытаясь воздействовать на таких проживающих иными мерами, решая сложную задачу по их удержанию в рамках полноценного общежития.

Причем в домах-интернатах практически нет клиентов с официально установленным диагнозом зависимости от алкоголя, поскольку алкоголизм наряду с наркоманией и токсикоманией (за исключением состояния длительной ремиссии заболевания) является медицинским противопоказанием к зачислению и пребыванию на стационарном социальном обслуживании в домах-интернатах (пансионатах) для граждан пожилого возраста (престарелых) и инвалидов. Соответственно, в штате учреждений не предусматривается ставка нарколога для работы с клиентами, имеющими проблемы зависимости от психоактивных веществ.

Материалы и методы исследования

При клинико-психопатологическом обследовании проживающих в краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Пансионат для граждан пожилого возраста и инвалидов «Ветеран»», рассчитанного на 301 койко-место, было выявлено 38 (12,6%) человек (5 женщин – 13,2%; 33 мужчины – 86,8%) в возрасте от 50 до 90 лет (средний возраст $64,32 \pm 2,76$ года), страдающих алкогольной зависимостью. У всех больных наблюдались выраженные когнитивные нарушения и компульсивное влечение к алко-

голю. Отмечено ежедневное злоупотребление алкоголем с редкими ремиссиями длительностью не более 3 дней у 18 человек (47,4%), запоями по 7-10 дней ежемесячно у 12 пациентов (31,6%), запоями в течение 15-21 дня с ремиссиями от 2 до 3 месяцев в 8 случаях (21%). Алкогольный абстинентный синдром у 21 человека (55,3%) протекал в виде сочетания нейровегетативного и церебрального вариантов, в 12 (31,6%) случаях – сочетания нейровегетативного с висцеральным (или соматическим вариантом), у 5 (13,1%) больных – нейровегетативного с психопатологическим вариантом. У 31 больного (81,6%) отмечена коморбидная неврологическая патология (дисциркуляторная энцефалопатия II-III степени с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, остаточные явления остро и хронического нарушения мозгового кровообращения), приведшая к инвалидности, а также терапевтическая патология (ИБС, хронический бронхит, хронический панкреатит и др.), существенно утяжеляющая [2] течение наркологического расстройства. У таких больных вне алкогольного абстинентного синдрома и острой алкогольной интоксикации среди клинических проявлений алкоголизма достоверно чаще имели место астения, цефалгия, координаторные нарушения, головокружение, эмоциональная лабильность, дисфория, нарушение засыпания, позднее пробуждение.

Больные категорически отказывались от противоалкогольного лечения в условиях специализированных учреждений. Только 3 человека (7,9%) ранее проходили наркологическое лечение в стационарных условиях (без достижения долговременной ремиссии).

Результаты исследования и их обсуждение

Кроме осуществления общих профилактических мероприятий, снижающих риск алкоголизации проживающих (работа культурно-бытовой комиссии, собрания клиентов дома-интерната с участием администрации, санитарно-просветительская деятельность сотрудников и др.), в целях медико-социальной помощи клиентам был разработан ряд организационных и терапевтических мер.

1. Поскольку до настоящего времени, несмотря на высокий уровень заболеваемости населения наркологическими расстройствами, специалисты, прямо не связанные с оказанием медицинской помощи по профилю «наркология», не обладают достаточными знаниями о наркологической патологии [1], было проведено обучение персонала (медицинского, социальных работников, психологов) дома-интер-

ната основам наркологических знаний с изложением особенностей клинических проявлений зависимости от алкоголя в пожилом возрасте, общих принципов лечения, реабилитации, возможностей использования психологических и психотерапевтических методик. Это позволило обеспечить оптимальное воздействие сотрудников интерната на клиента при появлении проблемы.

2. В случае выявления пьянства к работе с клиентом привлекались все специалисты в рамках кейс-менеджмента с применением бригадного метода [12]. Врач-психиатр осуществляет диагностику и принимает решение о необходимости проведения соответствующей терапии. Психолог определяет проблемы клиента, психологическую совместимость лиц, проживающих в одной комнате (секции, квартире), возможности применения психологических и психотерапевтических методик (дополнение рациональной психотерапии, позволяющей социализировать больного с алкогольной зависимостью, тренингами, возвращающими навыки проживания в общественной среде, групповой психотерапией, созданием терапевтического сообщества). Специалист по социальной работе решает вопросы бытового устройства, расселения (лица с алкогольной проблемой, перспективные для проведения социальных мероприятий, поселялись в комнаты, где проживают клиенты, ведущие трезвый образ жизни, обладающие достаточным авторитетом, способные психологически воздействовать на злоупотребляющих алкоголем), проведения социально-трудовой реабилитации. Культ-организатор обеспечивает досуговую культурную занятость.

3. Были использованы терапевтические схемы, уменьшающие негативные последствия алкоголизации.

Выделены три однородные группы по 10 больных с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии с коморбидной неврологической патологией в возрасте 52–68 лет (средний возраст $59,46 \pm 2,28$ года), добровольно согласившихся принять участие в программе (средний возраст в группах составил $59,83 \pm 2,06$ года; $59,25 \pm 1,78$ года и $58,76 \pm 1,99$ года). Больные первой группы получали по стандартной схеме мексидол в дозе 200 мг внутримышечно 2 раза в сутки в течение 5–7 дней для купирования абстинентных проявлений, в последующем в течение месяца – перорально по 250 мг 3 раза в сутки и с целью профилактики рецидивов курсовой (в течение месяца) прием мексидола в дозе 125 мг 3 раза в сутки дважды в году. Больные второй группы получали мексидол в дозе

200 мг внутримышечно 2 раза в сутки в течение 5–7 дней для купирования абстинентных проявлений и в течение месяца – перорально по 250 мг 3 раза в сутки. Больные третьей группы получали мексидол в дозе 200 мг внутримышечно 2 раза в сутки только в течение 5–7 дней для купирования абстинентных проявлений.

Эффективность использования мексидола в периоде абстинентных и постабстинентных расстройств при алкоголизме доказана и описана в литературе [6], целью данного исследования являлось определение обоснованности его курсового применения для больных с коморбидной неврологической патологией в условиях стационарного социального обслуживания.

Во всех группах в связи с выраженным антитоксическим действием мексидола проявления абстинентных расстройств в виде эмоциональной лабильности, психической подавленности, повышенной тревожности, истощаемости, заторможенности значительно уменьшились уже на 3–5-й день лечения. Улучшение когнитивных функций (активная память, концентрация внимания, умственная работоспособность и пр.), нормализация сна отмечены на 3–4-е сутки. Также на 3-й день лечения во всех группах больных заметно уменьшались соматоневрологические и вегетативные симптомы: исчезали головная боль, головокружение, тремор, озноб, кардиалгия, аритмия, миалгия, потливость, слабость, сонливость, атаксия, изменения сухожильных рефлексов, дистальные парестезии, стабилизировалось артериальное давление. У всех пациентов частично подавлялось патологическое влечение к алкоголю на 6–7-е сутки.

При сравнении клинических проявлений алкоголизма вне алкогольного абстинентного синдрома и острой алкогольной интоксикации в течение первых трех месяцев ремиссии отмечено, что у больных первой и второй групп в сравнении с больными третьей группы существенно снизилась выраженность астении, координаторных нарушений, головокружения, проблем засыпания, достоверно реже отмечалась эмоциональная лабильность (40%, 50% и 80%, соответственно). У больных первой группы (получали повторные курсы мексидола два раза в течение года) отмечен самый низкий в течение года показатель срыва ремиссии – 20%, в то время как во второй и третьей группах этот показатель составил 50% и 60%, соответственно, что можно объяснить уменьшением выраженности мозговой дисфункции, приводящей к рецидиву, при улучшении метаболизма и кровоснабжения го-

ловного мозга в результате курсового приема мексидола больными первой группы. Таким образом, оптимальной была признана схема, примененная в указанной группе.

В целом необходимо отметить, что комплексный характер воздействия в условиях дома-интерната на больного алкоголизмом клиента позволил уменьшить частоту и длительность эпизодов алкоголизации, тяжесть абстинентных проявлений, как следствие сократить число случаев агрессивного поведения и снизить вероятность суицида (на 28,9% и 6,31%, соответственно), обеспечил гарантированное государством создание благоприятных и достойных условий жизни для клиентов, проживающих в доме-интернате, персонал которого обязан выявлять и устранять возникающий социальный, бытовой и этический дискомфорт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Коробицина Т.В. Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической амбулаторной сети. Томск: Изд-во ТГУ, 2000. 232 с.
2. Бохан Н.А., Семке В.Я., Коробицина Т.В. Алкоголизм при патологии внутренних органов // Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. С. 228–235.
3. Голенков А.В. Приоритеты развития науки Чувашии в области охраны психического здоровья населения // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 82–85.
4. Диева В.И. Социально–психологическая реабилитация пожилых людей на современном этапе в условиях стационара // Отечественный журнал социальной работы. 2007. № 1. С. 62–66.
5. Дорьева Е.А. Особенности ресурсов совладающего поведения пожилых людей, проживающих в социальных учреждениях и семьях // Психология зрелости и старения. 2011. № 4. С. 115–118.
6. Иванова Т.А., Новгородов О.Е., Клиндухова О.И., Белоцеркович О.В., Сергиенко Н.Н. Современные аспекты терапии синдрома отмены алкоголя // Первая краевая. 2004. № 21 С. 43–44.
7. К вопросу о целеполагании в системе охраны здоровья населения региона / Б.Э. Горный, И.П. Артюхов, В.Ф. Мажаров и др. // Сибирское медицинское обозрение. 2012. Т. 78, № 6. С. 39–43.
8. Казибекова Н.А. Теоретико-методологические основы формирования и развития услуг социальной защиты населения // Отечественный журнал социальной работы. 2013. № 1. С. 11–29.
9. Коробицина Т.В., Мыльникова Н.В. Опыт деятельности социальных учреждений с людьми пожилого и старческого возраста // Опыт социальной работы с различными группами населения. Красноярск: Сибирский фед. ун-т, 2010. С. 52–61.
10. Натахина В.В. Конструкция социального обслуживания пожилых людей на основе их потребностей // Отечественный журнал социальной работы. 2008. № 2. С. 60–64.

11. Николаев Е.Л., Чупрова О.В. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе «зависимый – созависимый» // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 102–105.
12. Попова Е. Бригадный метод социального обслуживания // Социальная работа. 2009. № 3. С. 29–38.
13. Рытенкова О.Л. Медико-социальные аспекты здоровья и организации помощи лицам старшего возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2006.
14. Смаль С.С. Социальная защита населения как функция современного государства // Социальное обслуживание. 2014. № 1. С. 10–22.
15. Ставропольский Ю. Социальная политика в Японии через призму проблемы старения нации // Журнал исследований социальной политики. 2014. № 1. С. 125–133.
16. Тетенова Г. Социальная психологическая реабилитация в условиях дома-интерната // Социальная работа. 2004. № 1. С. 31–33.
17. Филозоп А.А. Некоторые особенности процесса социализации пожилого человека // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2004. № 2. С. 41–47.
18. Филозоп А.А. Психолого-педагогическая поддержка лиц пожилого возраста // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2003. № 2. С. 53–58.
19. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. М.: Дашков и К°, 2014. 339 с.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Korobitsina T.V. *Assotsiirovannye formy alkogolizma v obshcheso-tsicheskoi ambulatornoi seti* [Associated forms of alcoholism in general hospital network]. Tomsk, 2000, 232 p.
2. Bokhan N.A., Semke V.Ya., Korobitsina T.V. *Alkogolizm pri patologii vnutrennikh organov* [Alcoholism and internal pathology]. In: *Komorbidnost' v narkologii* [Comorbidity in narcology]. Tomsk, Tomsk University Publ, 2009, pp. 228–235.
3. Golenkov A.V. *Prioritety razvitiya nauki Chuvashii v oblasti okhrany psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya* [Priorities of science development in the field of mental health protection in Chuvashia]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2005, no. 1, pp. 82–85.
4. Dieva V.I. *Sotsial'no-psikhologicheskaya reabilitatsiya pozhilykh lyudei na sovremennom etape v usloviyakh statsionara* [Socio-psychological rehabilitation of inpatient care seniors in the modern era]. *Otechestvennyi zhurnal sotsial'noi raboty* [Domestic Journal of Social Work], 2007, no. 1, pp. 62–66.
5. Dor'eva E.A. *Osobennosti resursov sovladayushchego povedeniya pozhilykh lyudei, prozhivayushchikh v sotsial'nykh uchrezhdeniyakh i sem'yakh* [Specific of coping behavior resources of seniors living in families and social institutions]. *Psikhologiya zrelosti i stareniya* [Psychology of Maturity and Aging], 2011, no. 4, pp. 115–118.
6. Ivanova T.A., Novgorodov O.E., Klindukhova O.I., Belotserkovich O.V., Sergienko N.N. *Sovremennye aspekty terapii sindroma otmeny alkogolya* [Modern aspects of alcohol withdrawal syndrome therapy]. *Pervaya kraevaya* [First Territorial], 2004, no. 21, pp. 43–44.

7. Gornyi B.E., Artyukhov I.P., Mazharov V.F. et al. *K voprosu o tselepolaganii v sisteme okhrany zdorov'ya naseleniya regiona* [On goal-setting approach to regional public health system]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie* [Siberian Medicine Review], 2012, no. 78 (6), pp. 39–43.
8. Kazibekova N.A. *Teoretiko-metodologicheskie osnovy formirovaniya i razvitiya uslug sotsial'noi zashchity naseleniya* [Theoretical and methodical base of public social protection service forming and development]. *Otechestvennyi zhurnal sotsial'noi raboty* [Domestic Journal of Social Work], 2013, no. 1, pp. 11–29.
9. Korobitsina T.V., Myl'nikova N.V. *Opyt deyatelnosti sotsial'nykh uchrezhdenii s lyud'mi pozhilogo i starcheskogo vozrasta* [Experience of social service office work with aged people]. In: *Opyt sotsial'noi raboty s razlichnymi gruppami naseleniya* [Experience of social work with various population groups]. Krasnoyarsk, Siberian Federal University Publ, 2010, pp. 52–61.
10. Natakhina V.V. *Konstruktsiya sotsial'nogo obsluzhivaniya pozhilykh lyudei na osnove ikh potrebnosti* [Development of needs-based social service system for seniors]. *Otechestvennyi zhurnal sotsial'noi raboty* [Domestic Journal of Social Work], 2008, no. 2, pp. 60–64.
11. Nikolaev E.L., Chuprova O.V. *Psikhologicheskie osobennosti temporal'noi perspektivy lichnosti v sisteme «zavisimiy – sozavisimiy»* [Psychological specific of personal temporal perspective in «addiction – codependency» system]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 2, pp. 102–105.
12. Popova E. *Brigadniy metod sotsial'nogo obsluzhivaniya* [Team-based social service]. *Sotsial'naya rabota* [Social Work], 2009, no. 3, pp. 29–38.
13. Rytenkova O.L. *Mediko-sotsial'nye aspekty zdorov'ya i organizatsii pomoshchi litsam starshogo vozrasta: avtoref. dis... kand. med. nauk* [Medical and social aspects of health and assistance for seniors. Abstract of PhD thesis]. Kemerovo, 2006.
14. Smal' S.S. *Sotsial'naya zashchita naseleniya kak funktsiya sovremennogo gosudarstva* [Public social protection as function of modern State]. *Sotsial'noe obsluzhivanie* [Social Service], 2014, no. 1, pp. 10–22.
15. Stavropol'skii Yu. *Sotsial'naya politika v Yaponii cherez prizmu problemy stareniya natsii* [Japan social policy in the light of ageing nation]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki* [Social Policy Study Journal], 2014, no. 1, pp. 125–133.
16. Tetenova G. *Sotsial'naya psikhologicheskaya reabilitatsiya v usloviyakh doma-internata* [Socio-psychological rehabilitation in nursing home]. *Sotsial'naya rabota* [Social Work], 2004, no. 1, pp. 31–33.
17. Filozop A.A. *Nekotorye osobennosti protsessa sotsializatsii pozhilogo cheloveka* [Some aspects of elderly person's socialization]. *Vestnik psikhosotsial'noi i korrektsionno-reabilitatsionnoi raboty* [Psycho-social and Remedial-rehabilitation Work Bulletin], 2004, no. 2, pp. 41–47.
18. Filozop A.A. *Psikhologo-pedagogicheskaya podderzhka lits pozhilogo vozrasta* [Psychological and pedagogical support of seniors]. *Vestnik psikhosotsial'noi i korrektsionno-reabilitatsionnoi raboty* [Psycho-social and Remedial-rehabilitation Work Bulletin], 2003, no. 2, pp. 53–58.
19. Kholostova E.I. *Sotsial'naya rabota s pozhilymi lyud'mi* [Social work with seniors]. Moscow, Dashkov i K^o Publ., 2014, 339 p.

Березовская М.А., Коробицина Т.В., Кулаков И.И. Вопросы организации содержания в домах-интернатах лиц с зависимостью от алкоголя // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 100–110.

Аннотация. Рассматриваются проблемы проживания в домах-интернатах общего типа клиентов с зависимостью от алкоголя и оказания им медико-социальной помощи, такие как отсутствие верификации диагноза наркологического расстройства, отказ клиентов от получения специализированной помощи, сложности достижения долговременной ремиссии болезни, нарушения правил внутреннего распорядка и асоциальное поведение больных, отсутствие широкой практики перевода клиентов в специальные стационарные учреждения социального обслуживания. Проведено сплошное клинико-психопатологическое обследование 301 клиента государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Пансионат для граждан пожилого возраста и инвалидов» для верификации диагноза наркологического расстройства. Выборку для дальнейшего исследования составили 38 человек (средний возраст $64,32 \pm 2,76$ года), страдающих алкогольной зависимостью. Выявлены особенности клинической картины заболевания (употребление алкоголя, чаще ежедневное с редкими ремиссиями, алкогольный абстинентный синдром с сочетанием нейровегетативного и церебрального вариантов), коморбидной соматической патологии (в 81,6% случаев неврологическая, приведшая к инвалидности). Предложен комплекс организационных (обучение специалистов учреждения, отработка взаимодействия врача, психолога, социального работника, культ-организатора в составе бригады оказания медико-социальной помощи) и терапевтических (применение психотерапии, лечебных схем с использованием мексидола) мероприятий кейс-менеджмента, отмечена эффективность его применения.

Ключевые слова: зависимость от алкоголя, стационарное социальное обслуживание, медико-социальная помощь.

Информация об авторах:

Березовская Марина Альбертовна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования ФГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, тел. +78(391)2231739. mberezovska@mail.ru.

Коробицина Татьяна Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования ФГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, тел. +78(391)2231739. tvkor@mail.ru.

Кулаков Игорь Иванович, врач психиатр медицинского отделения КГБУ СО «Пансионат “Ветеран”», Россия, 660130 г. Красноярск, ул. Е. Стасовой, 28, тел. +7 83912450998. kulakovii@mail.ru.

Berezovskaya M.A., Korobitsina T.V., Kulakov I.I. Voprosy organizatsii soderzhaniya v domakh-internatakh lits s zavisimost'yu ot alkogolya [Organizational issues of keeping individuals with alcohol dependence in nursing homes] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 100–110.

Abstract. The article considers the issues concerning stay of patients with alcohol dependence in common type nursing homes and providing them with medical and social aid. These are absence of a verified diagnosis of alcohol use disorder, patients' refusal to accept specialized aid, difficulty achieving long-term remission of the disease, violation of in-house regulations and asocial behavior of patients, uncommon practice of committing patients to special social care institutions. To verify the diagnosis of alcohol use disorder we performed a comprehensive clinical and psychopathological examination of 301 in-patients of the state budgetary social care institution «Nursing home for elderly and disabled people». Sample group for further study was made up by 38 people (average age of $64,32 \pm 2,76$), suffering from alcohol dependence. The research showed some peculiarities of the clinical presentation of the disease (use of alcohol, often daily, with rare remissions; alcoholic abstinence syndrome combined with neurovegetative and cerebral versions), of comorbid somatic pathology (neurologic – in 81,6% cases, resulting in disability). The author suggests a set case management measures including organizational ones, such as instruction of an institution specialists, perfection of the doctor's collaboration with a psychologist, social worker, and cultural educator in a social and medical aid team; as well as therapeutic measures, such as use of psychotherapy, treatment with Mexidol, which was noted to be effective.

Keywords: alcohol dependence, in-patients social support, social and medical aid.

Information about authors:

Berezovskaya Marina, M.D., Doctor of Medical Science, Associate Professor, Head of Psychiatry and Narcology Department with Post-graduation Course, V.F.Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, 1, Partizana Zheleznyaka ul., 660022, Russia, tel. +78(391)2231739. *mberezovska@mail.ru*.

Korobitsina Tatyana, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Psychiatry and Narcology Department with Post-graduation Course, V.F.Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, 1, Partizana Zheleznyaka ul., 660022, Russia, tel. +78(391)2231739. *tvkor@mail.ru*.

Kulakov Igor, Psychiatrist, Medical Division of "Veteran" Holiday Hotel, 28, Stasovoy ul., Krasnoyarsk, 660130, Russia, tel. +7 83912450998. *kulakovii@mail.ru*.

Поступила: 02.04.2015

Received: 02.04.2015

УДК 616.12-052:616.89
ББК Ю974.5+ Р645.024.10

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ В ФОКУСЕ КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Н.А. Кравцова

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания как в России, так и во многих странах мира, несмотря на достигнутые успехи в лечении, составляют группу заболеваний, определяющих самые высокие показатели болезненности и смертности населения. Большое количество имеющихся работ по данной научной проблеме опираются на медицинские или клиничко-психологические концепции.

Монография «Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие» [3], подготовленная авторским коллективом в составе Е.Л. Николаева, Д.В. Гартфельдера, Е.Ю. Лазаревой, представляющих Чувашский госуниверситет, являет собой пример удачного применения для анализа клиничко-психологического и социально-психологического подходов.

Данный фундаментальный труд стал закономерным итогом предшествующей работы авторов в данном направлении [1, 2]. Рассматриваемая монография сфокусирована не только на адаптационных возможностях личности пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и на особенностях их межличностного взаимодействия, что делает книгу интересной и полезной не только для терапевтов, кардиологов и врачей общей практики, но и для клинических психологов и психотерапевтов, работающих в соматической клинике, социальных психологов.

Стоит отметить, что данный труд соответствует современным требованиям, определяющим качество научной и учебной литературы. Данное заключение обусловлено следующими аргументами:

1. «Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие» является завершенным научным трудом, в котором рассматриваются общие психологические факторы, снижающие адаптационный потенциал личности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а также рассмотрены пси-

хологические детерминанты межличностного взаимодействия пациентов с кардиологической патологией, обуславливающие позитивные изменения их личностных качеств.

2. В работе приведен достаточно полный анализ современных представлений об адаптационном потенциале личности и особенностях межличностного взаимодействия при кардиальной патологии, раскрывается психологическое содержание адаптационного потенциала личности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Понятиям, использованным в тексте, даны четкие определения.

3. Описаны методология и выборка клинико-психологического исследования, в котором использованы клиническое наблюдение и беседа, стандартизированные и проективные методы исследования личности. Проведена комплексная клинико-психологическая оценка адаптационных возможностей больных различных клинических групп.

4. Анализ и интерпретация результатов исследования убедительно показывают место и роль психосоциальных факторов в возникновении, течении, лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

5. Работа структурирована и состоит из трех частей. Первая часть раскрывает современные представления об адаптационном потенциале личности (глава 1) методологию и результаты исследования адаптационного потенциала личности кардиологических больных (глава 2), структуру психологической помощи кардиологическим больным и психологические мишени помощи (глава 3); особенности адаптационного потенциала личности при кардиальной патологии (глава 4). Во второй части освещаются особенности межличностного взаимодействия кардиологического больного: психосоциальный и личностный компоненты взаимодействия больных с окружением (глава 5); психологические особенности изучения личности кардиологического больного (глава 6); характеристика структуры личности и межличностного взаимодействия больных кардиологического профиля (глава 7). В третьей части представлена система психологической помощи кардиологическим больным: организация психологической помощи больным с кардиальной патологией (глава 8).

Материал наглядно проиллюстрирован 41 таблицей и 16 рисунками. Список литературы содержит 367 источников, из которых 121 – зарубежные.

Монография написана хорошим, грамотным литературным языком, имеет характерную структуру и стилистику. Помимо информирования на хорошем методологическом и научном уровнях работа побуждает к самостоятельным размышлениям и клинической апробации предлагаемого материала. Сформированный адекватно целям методический комплекс может быть использован в клинической практике для исследования личностной адаптации пациентов с разнообразной соматической патологией.

В качестве замечаний к работе можно указать следующее:

1. Было бы желательно наличие глоссария. Его присутствие значительно облегчило бы восприятие текста.

2. Построение некоторых предложений излишне сложно, что затрудняет восприятие текста.

3. Не вполне понятна логика представления § 4 «Особенности адаптационного потенциала личности при кардиальной патологии» после § 3 «Психологическая помощь кардиологическим больным».

4. Название третьей части «Система психологической помощи кардиологическим больным» не вполне соответствует содержанию, так как, по сути, представлена организация указанной помощи. Возможно, более адекватным и было именно это название главы.

Указанные замечания в целом не умаляют ценности проведенного авторами монографии анализа и предлагаемых ими психокоррекционных и реабилитационных подходов.

Важно заключить, что монография Е.Л. Николаева, Д.В. Гартфельдера, Е.Ю. Лазаревой «Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие» актуальна, соответствует требованиям, определяющим качество научной литературы, представляет научный и практический интерес для психологов, кардиологов, психотерапевтов, студентов психологических и медицинских специальностей. Целесообразно рекомендовать монографию к использованию в качестве учебного материала для клинических психологов, врачей широкого профиля, студентов, обучающихся по клинической психологии, она может быть интересна для читателей, заинтересованных в проблемах клинической психологии, психиатрии, психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в

связи с задачами профилактики // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2014. Т. 14, № 4. С. 60–62.

2. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.

3. Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. 302 с.

REFERENCES

4. Hartfelder D.V., Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki lichnosti bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v svyazi s zadachami profilaktiki* [Clinical and psychological personality traits in cardiovascular patients in connection with problems of prevention]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta* [Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University], 2014, vol. 14, no. 4, pp. 60–62.

5. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern studies trends]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.

6. Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Lazareva E.Y. *Lichnost' kardiologicheskogo patsienta: vozmozhnosti adaptatsii, mezlichnostnoye vzaimodeystviye* [Cardiac patient personality: adaptation ability and interpersonal interaction]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2014, 302 p.

Кравцова Н.А. Кардиологический пациент в фокусе клинической и социальной психологии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 111–115.

Аннотация. Рецензия на монографию Е.Л. Николаева, Д.В. Гартфельдера, Е.Ю. Лазаревой «Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие», выпущенную в 2014 г. в издательстве Чувашского госуниверситета.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, адаптация, межличностное взаимодействие, монография, рецензия.

Информация об авторе:

Кравцова Наталья Александровна, доктор психологических наук (19.00.04 – медицинская психология), доцент, заведующая кафедрой клинической психологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, 690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2. тел. +7 423 2429778. *mail@vgmu.ru*.

Kravtsova N.A. Kardiologicheskii patsient v fokuse klinicheskoi i sotsial'noi psikhologii [Cardiac patient in focus of clinical and social psychology] (Russian). *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 111–115.

Abstract. The article presents a review of monograph by Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Lazareva E.Yu. «Cardiac patient's personality: adaptation possibilities and interpersonal interaction», published by Ulianov Chuvash State University in 2014.

Keywords: cardiovascular diseases, adaptation, interpersonal interaction, monograph, review

Information about authors:

Kravtsova Natalia, M.D., Doctor of Psychology, Associate Professor, Head of Clinical Psychology Department, Pacific State Medical University, Russia, 690002, Vladivostok, Ostryakova prosp., 2, tel. +7 423 2429778. *mail@vgmu.ru*.

Поступила: 19.07.2015

Received: 19.07.2015

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является рецензируемым научно-практическим изданием, выходящим с 2005 года и представленным в базах данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и Ulrich's Periodicals Directory. Он публикует оригинальные теоретические и экспериментальные статьи, обзоры, описание клинических случаев, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, сексологии, суицидологии, когнитивных и нейронаук и смежных с ними областей знаний на русском и английском языках.

Будучи периодическим научным изданием Чувашского государственного университета, он объединяет в составе редакционной коллегии и редакционного совета видных отечественных и зарубежных учёных – специалистов в области медицины и психологии. Журнал осуществляет информационную поддержку Российского общества психиатров и Российского психологического общества. Выходит ежеквартально.

Основные требования. Редакция рассматривает статьи, нигде ранее не публиковавшиеся и не предоставленные для публикации в другие издания. Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора (авторов) с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов. Авторы несут полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

Вид, структура и объем статей.

Оригинальная статья – до 4000 слов текста самой статьи и 30–40 библиографических ссылок. Экспериментальная статья должна быть структурирована (введение, материал и методы, результаты, обсуждение, заключение) и описывать результаты исследований, направленных на решение актуальной научной задачи, должна содержать научную новизну.

Обзор до 6000 слов текста самой статьи и 50–70 библиографических ссылок. Он должен давать представление о состоянии исследований в данной области и включать объективный критический анализ имеющейся по данной теме отечественной и зарубежной литературы. В текстах статей и обзоров следует отдавать предпочтение ссылкам на публикации последних 5–10 лет.

Краткое сообщение – до 2000 слов текста самой статьи и 15–20 библиографических ссылок. Представляет собой короткую статью о новых результатах, не содержащую детального описания эксперимента. Также принимаются материалы, относящиеся к описаниям клинических случаев, обзорам конференций и других мероприятий, хроника мероприятий и событий и рецензии.

Оформление статей. Текст статьи набирается на компьютере в текстовом редакторе MS Word. На первой странице указываются: название статьи; фамилия, имя, отчество ее авторов; название учреждения, в котором выполнена работа, для каждого автора; город, страна. Далее идёт текст самой статьи.

Таблицы и рисунки должны быть наглядными, иметь название и не повторять данные, приведённые в тексте. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой.

В том же файле после статьи приводится аннотация на статью объёмом 200–250 слов и 5-7 ключевых слов или фраз. Аннотация должна полностью соответствовать структуре статьи и кратко отражать её основное содержание. Также дается перевод названия статьи, аннотации и ключевых слов на английский язык.

Список литературы и ссылки на источники оформляются в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления». Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на языках с латинской графикой указывается после литературы на русском языке или языках, использующих кириллицу. В источнике должны быть представлены все авторы независимо от их числа. Библиографические описания русскоязычных источников должны содержать транслитерацию оригинального русского названия и его перевод на английский язык. Транслитерация может делаться при помощи сайта <http://www.translit.ru> с выбором системы транслитерации BSI. Для публикаций на языках, использующих латинскую графику, английский перевод не делается. По просьбе авторов редакция высылает более подробную инструкцию по оформлению списка литературы с конкретными примерами.

Представление статей в редакцию. Представление статьи в редакцию в электронном виде или бумажном виде сопровождается приложением следующих документов, образцы которых можно получить в редакции или на сайте издания:

1) личного письма-заявления автора (одного из авторов) или официального направления учреждения, в котором выполнена работа. Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде;

2) самой статьи, на первой странице которой имеются подписи всех авторов с расшифровкой. Статья может быть подписана одним из авторов, который берет на себя ответственность и ставит подпись с расшифровкой и припиской «Согласовано со всеми авторами». Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде (только первая страница с подписями);

3) анкеты автора (анкет авторов), содержащей необходимую для публикации или переписки информацию о статье и ее авторах. Оформляется по специальной форме и отсылается в редакцию в формате Word в электронном виде;

Условия публикации статьи. Все рукописи, поступающие в редакцию, проходят рецензирование. После получения рецензий и ответов автора редакция принимает решение о публикации или отклонении статьи. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин.

Notes for contributors in English can be found at: <http://vppc.chuvsu.ru>.

ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ (16+)

2015
Т. 11, № 3

Редактор *Г.Ф. Губанова*
Технический редактор *Н.Н. Иванова*

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзоре)
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-60903 от 02.03.2015 г.

Сдано в набор 02.09.15. Подписано в печать 20.09.15. Выход в свет 25.09.15.
Формат 60×84/16. Бумага писчая. Гарнитура Cambria. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,9. Уч.-изд. л. 7,1.
Тираж 100 экз. Заказ № 1285. Свободная цена.

428015, Чебоксары, Московский просп., 15
Типография Чувашского университета