

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 159.9:378.1:614.23

И. С. Витенко

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Центральный методический кабинет по высшему медицинскому образованию МЗ Украины

Ключевые слова: дезадаптация, профессиональная деятельность, семейные доктора

Здоровье и здравоохранение является важнейшим компонентом социально-экономической системы государства, влияющей на все стороны его деятельности. Как показывают зарубежный опыт и опыт развития отечественного здравоохранения, важнейшим условием построения рациональной системы первичной медико-санитарной помощи является разработка единых критериев профессиональной компетенции специалиста, оказывающего эту помощь [7;9].

Современные неблагоприятные социально-экономические и политические условия в Украине значительно обострили проблему адаптации врача к профессиональной деятельности, повысили требования к качеству и эффективности медицинского обслуживания. Профессиональная деятельность врача является психоэмоционально напряженным видом социальной деятельности. Актуальность исследования проблем адаптации врача к профессиональной деятельности не вызывает сомнения, но только в последние годы систематически изучаются внутренние и внешние факторы протекания этого процесса и его нарушения. Особое значение приобретает изучение социально-психологической и психической адаптации врачей общей практики [3;5;6].

Психическая адаптация понимается нами как целостная, многомерная и самоуправляемая функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия с окружающей средой и отношения к самому себе. Такое понимание психической адаптации предполагает анализ взаимосвязей биологических, психологических и социальных ее структурных компонентов, каждый из которых, отличается своеобразием, внося свой вклад в общий адаптационный процесс. Дезадаптивные состояния возникают в результате расстройства всей функциональной системы в целом, и прорыв адаптационного барьера может происходить на его различных уровнях. Динамические характеристики структуры личностных реакций отражаются в особенностях изменения взаимосвязей и взаимоотношений между ее отдельными компонентами, что и формирует индивидуальные стратегии психической адаптации. Таким образом, в возникновении и закреплении дезадаптивных реакций у врачей особую роль играют индивидуально-психологический паттерн реакции, личностные особенности и те способы поведения, которые врач реализует в профессиональной

деятельности. Являясь многоуровневым динамическим процессом, адаптация связана с изменением деятельности различных органов и систем организма и определяет уровень психофизиологического и психического здоровья человека и степень общей эффективности деятельности на биологическом, психическом и социально-психологическом уровнях [1;2;4;8].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, цель которого на изучить уровни и специфику психологической адаптации семейного врача к профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода проведено комплексное обследование 512 врачей общей практики семейной медицины обоего пола (210 мужчин и 302 женщины), в возрасте 25 - 62 лет, работающих в разных регионах Украины. У 307 врачей - 189 женщин и 118 мужчин - выявлены расстройства адаптации.

С целью анализа формирования психологической готовности к профессиональной деятельности было проведено обследование 615 студентов обоего пола старших курсов высших медицинских учебных заведений Украины.

Результаты и обсуждение. Как свидетельствуют полученные в ходе работы данные, основное влияние на результативность профессиональной деятельности врача общей практики семейной медицины оказывает его адаптация к лечебной деятельности, определяемая рядом социальных, психологических и биологических факторов.

Нами проведен анализ социальных факторов влияющих на удовлетворенность семейного врача своей работой и определяющих успешную адаптацию к профессиональной деятельности.

Как свидетельствуют результаты нашего исследования 83,7% врачей не удовлетворены условиями труда, 88,0% считают, что лечебные учреждения не обеспечиваются в полной мере необходимыми фармацевтическими препаратами и медицинскими средствами. 70% врачей общей практики считают, что они перегружены «бумажной» работой, 48,5% полагают, что некоторые аспекты их работы лишены смысла, и только 12,2% обследованных рассматривают свою заработную плату как соразмерную и соответствующую прилагаемым усилиям. 97,0% врачей работников

отмечают актуальность процесса информатизации здравоохранения, и их рабочего места непосредственно, при этом 43,0% владеют соответствующим уровнем знаний по внедрению компьютерных технологий.

Формирование личности семейного врача имеет свои специфические особенности, обусловленные объектом его деятельности. Уровень профессионализма определяется как сформированностью конкретных практических навыков медицинского персонала, так и его характерологическими качествами.

Проведенное в ходе работы психодиагностическое исследование позволило нам выделить основные личностные качества врача общей практики семейной медицины, определяющие успешное выполнение семейным врачом профессиональных функций и высокий уровень его адаптации к лечебной деятельности: высокий уровень эмпатии (92,5% обследованных), гуманистическая жизненная позиция врача (68,5%), адекватный уровень самооценки (72,5%), личностная зрелость и способность к автономной профессиональной деятельности (95,3%), потребность в постоянном профессиональном совершенствовании (44,5%), высокий уровень коммуникативности и способность к установлению комплаенса с поддержанием стабильных, длительных отношений (89,4%), приверженность валеологическим принципам (36,7%), способность к эффективному отреагированию отрицательных эмоций (51,4%), широта и гибкость мышления (75,1%), хорошие организаторские способности в координации лечебного процесса (48,1%), инициативность (34,7%), дисциплинированность (68,5%), владение невербальными методами общения (35,4%).

По результатам исследования врачи были разделены на две группы. В первую группу были включены врачи, считающие себя практически здоровыми, они предъявляли лишь единичные жалобы, в основном на ухудшение общего самочувствия и снижение настроения и активности в конце напряженного рабочего дня. Однако, после отдыха силы восстанавливались. Данная группа составила 43,8% от общего числа врачей (33% женщин и 66% мужчин, соответственно). Количество подобных жалоб было достоверно выше у женщин, чем у врачей-мужчин ($p < 0,05$), что психологически понятно в связи с решением разнообразных бытовых проблем в семье женщиной. Адаптивные ресурсы и возможности личности в целом не были снижены.

Во вторую группу (56,2%) вошли врачи, которые предъявляли жалобы на длительное ухудшение общего самочувствия, снижение настроения и активности, раздражительность, чрезмерную чувствительность, появление мыслей о своей невысокой значимости, неспособности эффективно справляться с рабочей нагрузкой (73% женщин и 27% мужчин, соответственно). Это достаточно ощутимо на протяжении длительного времени снижало общую продуктивность профессиональной деятельности, препятствовало установлению комфортным и удовлетворительным коммуникациям. Данные жалобы можно классифицировать как нарушения адаптации и

отнести к состояниям субъективного дистресса, сопровождающегося эмоциональными нарушениями, возникшими в период адаптации к профессиональной деятельности, как одному из значительных изменений в жизни. Для данной группы врачей профессиональная деятельность сама по себе была связана с повышенным психоэмоциональным напряжением, дезадаптивные реакции могут привести к изменению и нарушению социального функционирования.

Как показали результаты исследования, структура дезадаптивных реакций у врачей общей практики состоит из пяти типов реакций: астенический (33,6%), гиперестезический (21,2%), апатический (15,8%), депрессивный (17,5%), психосоматический (11,9%).

Наиболее часто встречался астенический вариант дезадаптивных реакций, который характеризовался наличием жалоб на повышенную утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, рассеянность, снижение концентрации внимания, способности к запоминанию и воспроизведению необходимой информации. Врачи отмечали необходимость прикладывать больше усилий для сохранения прежнего оптимального уровня работоспособности, недостаточную удовлетворенность профессиональными и межличностными отношениями, повышенную конфликтность реагирования.

Гиперестезический вариант дезадаптивных реакций характеризовался повышенной восприимчивостью обычных внешних раздражителей, которые обладали нейтральностью в обычном состоянии. Эти жалобы возникали на фоне снижения работоспособности, невозможности сконцентрироваться на выполнении своих служебных обязанностей. Такие лица были конфликтны в общении с окружающими, причем сами страдали от своей несдержанности, жалели, что не могли сдержать свои эмоции. Нередки были жалобы на эмоциональную лабильность, неясное ощущение возможных неприятностей, что могло также приводить к повышению межличностной конфликтности, возникновению проблемных ситуаций.

Апатический вариант дезадаптации характеризовался безразличием, потерей интереса к своей работе, семейным проблемам. Будущее виделось бесперспективным, эти врачи не стремились к профессиональному и личностному росту. Коллеги обычно характеризовали таких лиц как безинициативных, неконфликтных, которые «никому не мешали, но и не помогали».

Депрессивный вариант характеризовался наличием эмоциональных нарушений в виде сниженного фона настроения, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, общей психической слабости, подавленности, значительного снижения самооценки. Будущее виделось неясным, бесперспективным. Неуверенность в себе сказывалась в снижении эффективности профессиональной деятельности. Указанные нарушения были стойкими и даже после полноценного отдыха полностью не исчезали.

Психосоматический вариант дезадаптации характеризовался наличием отдельных жалоб со стороны раз-

личних органів, обычно на фоні зниженого настроєння. Нерідки були скарги на головні болі різної локалізації і характеру, тахікардію, коливання артеріального тиску, підвищену потливість. При цьому об'єктивне обстеження не дозволяло виявити якоїсь органічної патології, яка могла б пояснити зазначені скарги. Продуктивність професійної діяльності була знизена.

Базуючись на отриманих в ході роботи результатах, ми виділили три основні рівні адаптації сімейного лікаря до професійної діяльності:

Високий - характеризується високим рівнем робочості, психологічного комфорту, наявністю резервів для подолання критичних ситуацій, об'єктивних труднощів, пов'язаних з недоліками в сучасній організації лікувального процесу.

Середній - проявляється зниженням рівня робочості і психологічного комфорту в кризових ситуаціях і при наявності недоліків в організації лікувального процесу, з швидким відновленням при їх усунуванні і збереженням психологічного комфорту поза робочим процесом.

Низкий - визначається розвитком станів дезадаптації, проявленнями психологічного дискомфорту в повсякденному житті, постійним почуттям.

В ході роботи нами проведена систематизація небажаних соціальних, психологічних і біологічних факторів, що призводять до розвитку станів дезадаптації, що виникають у лікаря в умовах роботи за принципами сімейної медицини: надмірна поглиненість професійної діяльністю, дефіцит позитивних емоцій поза роботою (75,4%); усвідомлення недостатнього рівня компетентності (53,4%); відсутність можливості професійного зростання (64,2%); низький рівень мотивації, відсутність економічних стимулів (78,6%); недостатня фінансова забезпеченість, соціальний статус (84,2%); неідеальність механізмів психологічної захисту (44,5%); відсутність навичок саморегуляції (54,7%); конфлікти в медичній середі (36,7%); сімейна і сексуальна дисгармонія (42,1%); дефіцит професійного спілкування (42,5%); акцентуації особистості (35,8%); відсутність психотерапевтичних навичок (33,5%); ситуаційні фактори (кадрові і організаційні зміни, атестації) (12,3%); похилий вік (10,5%); шкідливі звички (10,3%).

Отримані в ході роботи дані лягли в основу розробленої системи психопрофілактичної під-

тримки лікаря загальної практики - сімейного лікаря, включає в себе розробку і впровадження програми психологічних тренінгів, системи психологічного консультування медичних працівників; навчання основам психотерапії, розробка і впровадження в навчальний процес в медичних ВНЗ додаткових навчальних курсів по основах конфліктології, основам психоаналізу, менеджменту в медицині.

Таким чином, в формуванні психологічної адаптації сімейного лікаря до професійної діяльності лежить багаточинна обумовленість, в якій психологічні, соціальні і біологічні фактори представлені в нерозривному комплексі, який визначає рівень адаптації.

Розробка і удосконалення методології і методики оцінки різних рівнів адаптації лікарів до професійної діяльності дозволить здійснювати прогноз виникнення дезадаптації і адекватно вирішувати питання їх психокорекції і психопрофілактики.

Література:

1. Агішева Н.К. Система концепції психологічних конфліктів // *Медицинська психологія*. - 2006. - Т. 1, № 3. - С. 15 - 20.
2. Грановська Р.М. Психологічна захиста // *СПб. : Речь*, 2007. - 474 с.
3. Кожина А.М., Коростій В.І. Хаустов М.М. Питання доказової медицини та стандартизації в охороні здоров'я при викладанні психіатрії та наркології // *Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III - IV рівнів акредитації: Матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції, Тернопіль, 2011*, С. 259.
4. Луценко А.Г. Психотерапевтичні і медико-психологічні реабілітаційні стратегії при психогенних розладах // *Медицинська психологія*. - 2006. - Т. 1, № 3. - С. 48-49.
5. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. // *Нейро News*. - №5 (24). - 2010. - С. 83-90.
6. Підкоритов В.С. Психіатрія в Україні - минуле, теперішнє, майбутнє. // - *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. №2 (14), 2008. С. 29-32.
7. Табачников С.І., Мельник А.В. Роль громадського суспільства у формуванні державної політики щодо охорони психічного здоров'я населення України. // - *Архів психіатрії*. Том 11, №1 (40), 2005. С. 17-21.
8. Табачников С.І. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні / С.І. Табачников, Б.В. Михайлов, Н.О. Марута // *Форум психіатрії та психотерапії*. - 2004. - Т. 5, спец. вип. - С. 34-40.
9. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // *Український вісник психоневрології*. - Том 18, вип. 3 (64). - 2010. - С. 10-14.

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

І.С.Вітенко

У статті наведено аналіз структури дезадаптивних реакцій лікарів загальної практики, що виникають у процесі їх професійної діяльності. Виділено 5 типів дезадаптації: депресивний, апатичний, астеничний, гіперестезичний, психосоматичний. Запропоновано систему психокорекційних та психопрофілактичних заходів.

Ключові слова: дезадаптація, професійна діяльність, сімейні лікарі

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE FAMILY DOCTOR FOR PROFESSIONAL WORK

I.S.Vitenko

In the article there is the analysis of the structure of desadaptive reactions in general practitioners, which arise in the process of their professional activity. The 5 types of desadaptation are described. There are: depressive, apathic, asthenic, hyperesthetic and psychosomatic types. The system of psychocorrection and psychoprophylaxis is proposed.

Keywords: dezadaptation, professional work, family doctors

УДК 616.89

М.П. Боро, В.В. Волобуев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА «СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ» В СИСТЕМЕ РАЗВИТИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

(Опыт и стратегия развития высокоспециализированной психотерапевтической, медико-психологической и психоневрологической помощи)

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: психотерапевтический центр, системная семейная психотерапия, организация, дневной стационар

История развития системной семейной психотерапии показывает, что эта область практики развивалась не так, как большинство психотерапевтических школ и подходов. Во многих психотерапевтических подходах описываются случаи работы с супружескими парами или с детско-родительскими конфликтами. В “Руководстве по семейному консультированию и психотерапии” (Horne, Ohlsen) описывается работа с семьями в рамках различных психотерапевтических школ: транзактного анализа, гештальт-терапии, клиентоцентрированного подхода, адлеровской и рационально-эмотивной психотерапии, бихевиоральной психотерапии и НЛП [1].

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила кибернетика, точнее, общая теория систем. Один из основоположников общей теории систем Л. фон Берталанфи показал, что понятие системы вытекает из так называемого “организмического взгляда на мир”. Для этого взгляда характерны два положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) все части и процессы целого влияют друг на друга и друг друга обуславливают. Таким образом, базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом [1;2].

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой [1;2]. Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают, так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов.

Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Ясно, что объектом психотерапевтического воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы.

Жизнь семейной системы подчиняется двум законам: закону гомеостаза и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить status quo. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи, несмотря на то, что события могут быть и радостными, и долгожданными, например, рождение ребенка, распад мучительного брака и т.п. Закон постоянства обладает огромной силой. Как показали последние исследования в области системной семейной психотерапии, благодаря стремлению не допустить ухода повзрослевшего ребенка из семьи и тем самым сохранить семейную структуру родители способны терпеть любое психопатологическое поведение подростка к полному изумлению всех посторонних [2;3].

Одновременно действует закон развития: всякая семейная система стремится пройти полный жизненный цикл. Было замечено, что семья в своем развитии проходит определенные стадии, связанные с некоторыми неизбежными объективными обстоятельствами. Одним из таких обстоятельств является физическое время. Возраст членов семьи все время меняется и обязательно меняет семейную ситуацию. Как было показано Эриком Эриксоном, каждому возрастному периоду в жизни человека соответствуют определенные психологические потребности, которые человек стремится реализовать. Вместе с возрастом меняются и запросы к жизни вообще и к близким людям в частно-