

*На правах рукописи*

**ГОРОДНОВА**

**Марина Юрьевна**

**ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ  
НА МОДЕЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Специальность 19.00.04 — медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Санкт-Петербург

2016

Работа выполнена в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова

**Научный консультант:** доктор медицинских наук, профессор  
**Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой клинической психологии  
Московского государственного медико-  
стоматологического университета  
**Сирота Наталья Александровна,**  
доктор медицинских наук, профессор, профессор  
кафедры медицинской психологии и  
психофизиологии Санкт-Петербургского  
государственного университета  
**Аббков Валентин Анатольевич,**  
доктор медицинских наук, заведующая  
отделением психотерапии и  
реабилитации НИИН – филиала  
ФГБУ «Федеральный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и  
наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ  
**Агибалова Татьяна Васильевна**

**Ведущая организация:** Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Защита состоится 27 октября 2016 года в 10 часов 30 минут на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и ученой степени доктора наук Д 208.093.01 при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан 27 сентября 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования и степень ее разработанности.** Развитие биопсихосоциального подхода (Незнанов Н.Г., Акименко М.А., 2012; Engel G., 1977, 1980; Borrell-Garrido Fr., 2004) на основе мало представленной в отечественных научных исследованиях современной теории поля в гештальт-терапии (Робин Ж-М., 2008; Сименс Х., 2008; Perls F., Hefferline, R., Goodman P., 1973; Parlett M., 2005; Yontef G.M., 2005; Dastur F., 2007), принципов экопсихологии (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 2008; Панов В.И., 2006, 2011; Шмелева И.А., 2009) и теории параллельных процессов (Ховкинс П., Шохет Р., 2002; Searles, H.F., 1955; Doehrman M.J., 1976; Mcneill B. W., Worthen V., 1989; Hewitt Taylor J., Poole S., Rodway R., Tyson R., 2006) позволило переосмыслить существующую до настоящего времени концепцию лечения терапевтической средой (Кабанов М.М., 1998, 2001; Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002; Карвасарский Б.Д., 2005; Jones M., 1966; Ploeger A., 1972; Gunderson J.G. 1978; Kernberg O.F., 1994). Новая концепция психологии лечебной среды разработана в процессуальной парадигме. В отличие от представлений о лечебной среде как о контекстуальном или силовом поле, лечебная среда рассматривается как динамический процесс, отражающий прошлое, направленный в будущее и формирующий настоящий момент (Staemmler F.M., 2006; Botelho-Alvim M., 2007; Robine J.M., 2011, 2015; Spagnuolo-Lobb M., 2014). Будучи логическим продолжением становления современных систем психологии, развивающихся от причинно-следственного детерминизма к контекстуальному интеракционизму и смещающихся в сторону гуманитарно-экологической ориентации (Смит Н., 2003; Леонтьев Д.А., 2007; Шмелева И.А., 2010; Абабков В.А., 2012), теория поля в гештальт-терапии отражает продолжающееся сближение психиатрии и философии, обеспечивая прикладной и научный характер поиска современной психиатрии и психотерапии (Власова О.А., 2010; Appelbaum P., 2004; Schramme Th., 2004), что крайне необходимо на фоне десубъективизации психически больных (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Полищук Ю.И., Летникова З.В., 2013; Поддубная Т.В., 2015; Lebowitz M.S., 2014).

Неизменны проблемы лечебной среды наркологического стационара, с одной стороны, низкая приверженность лечению и его низкая эффективность (Ерофеева М.Г., 2006; Дудко Т.Н., 2007; Миндубаев И.В., 2007; Бойко Е.О., 2008; Белокрылов И.В., 2008; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008; Винникова М.А., 2009; Голощاپов И.В., 2010; Кузнецов А.Г., 2010; Миназов Р.Д., 2010), с другой — распространенность синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у его специалистов (Лозинская Е.И., 2007; Лукьянов В.В., 2007; Постнов В.В., 2010; Малыгин В.Л. и др., 2011; Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2013; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2014; Пахтусова Е.Е., 2015). Обе проблемы рассматриваются нами как взаимно обусловленные посредством эмпатии производные единого полевого динамического процесса лечебной среды, что подтверждают обнаруженные между ними взаимосвязи (Строкова Е.В. и др., 2013; Лозинская Е.И. и др., 2014). Доказана роль эмпатии в формировании приверженности лечению (Козленко Е.А., 2010; Баракат Н.В., 2011; Семенова Н.В., 2014; Карягина Т.В., 2013;), в тоже время выявлена неоднозначная двусторонняя связь эмпатии с проявлениями СЭВ (Козина Н.В., 1998; Лукьянов В.В., 2007; Терентьев И.А., 2007; Бекренев В.Д., 2008), требующая дальнейшего изучения. Это мотивировало исследовать эмпатию и как совокупность эмпатических способностей, и как свойство лечебной среды, способствующее приближению к актуальным потребностям ее участников. Эмпатическая насыщенность среды определяется эмпатией всех присутствующих в ней, поэтому исследованы были эмпатические способности у всех ее участников.

Одной из главных основ формирования СЭВ является неудовлетворенность специалиста результатами своей работы, базирующаяся на оценке ее эффективности (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2009), которая в наркологической практике определяется критерием годовой ремиссии заболевания. Данный критерий не только противоречит развитию и течению хронического рецидивирующего заболевания, но и трудно сочетается с принципиальным отсутствием возможности выздоровления этих больных (Егоров А.Ю., Зобин М.Л., 2011; Менделевич В.Д., 2012). Такой подход является одновременно патологи-

зирующим и для пациентов, и для специалистов. Первые не видят для себя возможности выздоровления, у вторых фактор низкой эффективности профессиональной деятельности определяет ситуацию невозможных заказов (Шлиппе А., Швайтцер Й., 2011) и способствует профессиональному стрессу, обесценивая деятельность специалистов, работающих преимущественно с пациентами краткосрочного пребывания в стационаре и продолжающих наркотизацию. Иные критерии эффективности лечения не находят широкого применения и ориентированы на пациентов долгосрочных лечебно-реабилитационных программ (Соловова Н.А., 2009; Крупицкий Е.М., 2012; Илюк Р.Д., 2013; Софронов А.Г., 2014). В связи с этим представляет определенный интерес изучение приверженности к существующей системе оказания стационарной наркологической помощи у пациентов с низкой мотивацией на долгосрочное лечение и поиск иных критериев эффективности лечения для них.

Для усовершенствования и формирования новых профессиональных компетенций специалисты лечебной среды регулярно проходят обучение в системе последипломного образования. Опираясь на теорию параллельных процессов и возможность их нисходящего характера (Уильямс Э., 2001; Delacroix J.-M., 2009; Tracey T.J., Bludworth J., Glidden-Tracey C.E., 2012), мы рассматриваем учебную среду как место формирования и совершенствования навыков не только посредством обучения, но и межличностного взаимодействия преподаватель–слушатель, что отвечает современным тенденциям в последипломном образовании (Francke A.L., de Graaff F.M., 2012; MacDonald J., Ellis P.M., 2012), и считаем включение супервизии в процесс преподавания специалистов необходимым условием профилактики СЭВ. Модель супервизии разработана с учетом обнаруженных структурно-динамических закономерностей его развития и его взаимосвязи с эмпатическими способностями.

**Цель исследования:** теоретическая разработка и эмпирическая проверка концепции психологии лечебной среды для обеспечения приверженности пациентов стационарному лечению и защиты специалистов от СЭВ на модели наркологического стационара.

**Задачи исследования:**

1. Исследовать симптоматический и функциональный статус, качество жизни пациентов наркологического стационара и их взаимосвязь с частотой и продолжительностью госпитализаций.
2. Выделить и обосновать два вида приверженности лечению: приверженность к системе оказания наркологической помощи и приверженность долгосрочному лечению.
3. Изучить распространенность СЭВ у сотрудников наркологического стационара, степень их удовлетворенности работой и оценку эффективности наркологического лечения.
4. Изучить эмпатическое поле лечебной среды наркологического стационара, сравнить эмпатические способности ее участников и изучить их взаимосвязь с длительностью пребывания в нем.
5. Исследовать когнитивные оценки и эмоциональные переживания сотрудников-участников лечебной среды и их взаимосвязь с продолжительностью работы в наркологическом стационаре.
6. Изучить и сравнить ожидания от госпитализации и критерии эффективности наркологического стационарного лечения участников лечебной среды.
7. Исследовать эмпатию, ее структуру и динамику, актуальное психическое состояние, распространенность и динамику СЭВ у специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь, в период последипломного обучения.
8. Изучить динамику развития СЭВ, его взаимосвязь с эмпатическими способностями с учетом гендерных особенностей у специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь, в период последипломного обучения.
9. Выделить саногенные факторы учебной среды, корректирующие проявления СЭВ.

10. Разработать модель обучающей групповой супервизии для специалистов, оказывающих наркологическую помощь, с целью профилактики и коррекции проявлений СЭВ.

**Научная новизна работы** определяется поиском новых методологических и практических подходов в исследовании лечебной среды наркологического стационара на основе биопсихосоциальной концепции, которая развивается в парадигме теории поля гештальт-терапии, принципов экопсихологии и теории параллельных процессов. Данная концепция как система способов организации, принципов и построения практической и теоретической деятельности, дает основание для развития нового направления в методологии научных исследований в медицинской психологии, используемой при изучении лечебной среды, психологических аспектов лечебного процесса, психогигиене, психопрофилактике, реабилитации и повышении качества жизни участников лечебной среды наркологического стационара. Личность специалиста признана основным инструментом лечебного взаимодействия, что требует сохранения и улучшения его психического здоровья как залога эффективного лечения. Это может быть обеспечено посредством выделенных саногенных факторов учебного процесса в системе непрерывного последиplomного образования. Приверженность лечению впервые рассматривается не как итоговая характеристика, а как динамический процесс, имеющий этапы вовлечения и удержания. Выделены понятие «приверженность к системе оказания наркологической помощи», оцениваемой по критерию эффективности лечения «улучшение качества жизни пациента», и «приверженность долгосрочному лечению», связанного с критерием продолжительности ремиссии. Определены уровни оказания комплексной мультипрофессиональной наркологической помощи, исходя из актуальной потребности пациента в отношении потребления психоактивных веществ (ПАВ), обозначены ее объем и мишени. Эмпатия представлена как динамическая структура взаимосвязанных врожденных и приобретенных эмпатических способностей тесно коррелирующих с проявлениями СЭВ. Исследована взаимосвязь эмпатических способностей специалистов и гендерная обуслов-

ленность структурно-динамического развития данного синдрома, что позволило выделить факторы риска его развития у мужчин и женщин.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Разработанная автором концепция психологии лечебной среды может использоваться в методологии исследования любой лечебной среды. Применение критерия эффективности «улучшение качества жизни пациента» позволяет говорить о приверженности к системе оказания наркологической помощи и рассматривать повторные регулярные госпитализации в тоже отделение как критерий эффективности работы специалистов, поддерживая их удовлетворенность результатами профессиональной деятельности. Учет найденных механизмов формирования разных видов приверженности может способствовать эффективному выстраиванию мотивационной работы в соответствии с уровнем оказания комплексной полипрофессиональной наркологической помощи.

Выявленный саногенный потенциал супервизии в коррекции СЭВ обосновывает необходимость ее включения в систему непрерывного последипломного образования для специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь. Развитие эмпатических способностей всех участников лечебной среды обеспечивает ее эмпатическую насыщенность, создавая условия для поддержания психического здоровья ее участников. Предлагаемые в диссертации мероприятия рекомендованы для внедрения в работу наркологических учреждений, а полученные результаты — в обучение психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов и других специалистов.

**Внедрение результатов исследования в практику.** Полученные результаты внедрены в учебный процесс кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ. Практические рекомендации внедрены в работу СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», СПб ГБУЗ «Межрайонный наркологический диспансер №1», ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», группы медицинских и реабилитационных центров «Эра» г. Казани.



### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Предложенная концепция психологии лечебной среды обогащает методологию ее изучения, носит прикладной характер и способствует признанию специалистом факта использования собственной личности в качестве инструмента лечебного взаимодействия, эффективность которого определяется осознанным применением эмпатических способностей, тем самым защищая его от СЭВ в ситуации неадекватных заказов и создавая условия для формирования приверженности лечению у пациентов.

2. Приверженность лечению пациентов наркологического стационара является динамическим процессом, зависящим от качества их жизни и количества и длительности предыдущих госпитализаций. Частота госпитализаций в одно и то же отделение является основой формирования приверженности к системе оказания наркологической помощи, поддерживающей удовлетворяющее пациента качество жизни, а продолжительность предыдущих госпитализаций — приверженности долгосрочному лечению, обеспечивающему формирование ремиссии. Каждому виду приверженности соответствуют свои критерии эффективности лечения: улучшение качества жизни больных и ремиссия более одного года.

3. Критерий эффективности лечения «отказ от употребления ПАВ» не соответствует развитию и течению хронического рецидивирующего заболевания, создает условия для неадекватных заказов в лечебной среде наркологического стационара и поддерживает высокую распространенность СЭВ среди специалистов, которые, в преобладающем числе, придерживаются этого критерия. Специалисты не воспринимают страдающих наркоманией больными в полном смысле этого слова и не совпадают в своих ожиданиях результатов лечения с ожиданиями пациентов. Пациенты краткосрочного пребывания в стационаре не ориентированы на отказ от употребления ПАВ и ожидают от госпитализации улучшение качества жизни, что должно учитываться в мотивационной работе.

4. Лечебная среда наркологического стационара характеризуется малой эмпатической насыщенностью, определяя низкий уровень доверия и редукцию эмпатических способностей ее участников. Низкий уровень развития эмпатических способностей и эмпатии свойственны всем участникам лечебной среды наркологического стационара, определяя объект-объектные и субъект-объектные типы взаимодействия.

5. СЭВ и эмпатические способности являются гендерно обусловленными динамическими структурами и тесно связаны между собой, что позволяет выделить факторы риска использования последних в формировании СЭВ у специалистов мужского и женского пола.

6. Учебная среда обладает саногенными факторами, позволяя корректировать и предупреждать СЭВ посредством развития оптимальных эмпатических способностей в группах личностного роста и супервизии.

7. Разработанная на основе гештальт-подхода модель обучающей групповой супервизии способствует коррекции СЭВ у специалистов, оказывающих наркологическую помощь.

**Представление и апробация результатов.** Результаты исследования были доложены на Международном конгрессе «Traditions and innovations in psychiatry. WPA regional meeting materials» (Санкт-Петербург, 2010); Международной конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (Санкт-Петербург, 2010); V междисциплинарном российском конгрессе «Человек и проблемы зависимостей» (Санкт-Петербург, 2011); Конференции с международным участием «Мир аддикций» (Санкт-Петербург, 2012); Международных конференциях XI и XIV Мнухинские чтения (Санкт-Петербург, 2013, 2016); Международной XX юбилейной конференции городов ЕСAD (Москва, 2013); конференции с международным участием «ВИЧ-инфекция у женщин и детей» (Санкт-Петербург, 2013); Конференции, посвященной памяти Б.Д. Карвасарского (Санкт-Петербург, 2014); Всероссийском симпозиуме с международным участием «Психотерапия души и тела» (Санкт-Петербург, 2014); Конференции с международным участием «Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы»

(Санкт-Петербург, 2014); XIX Российском национальном конгрессе «Человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2014); Всероссийской конференции с международным участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2014); Конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева (Санкт-Петербург, 2015); Международной конференции «Актуальные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» (Санкт-Петербург, 2015); XVI съезде психиатров России (Казань, 2015); Международном научном конгрессе «Спорт, человек, здоровье» (Санкт-Петербург, 2015), ежегодной научно-практической гештальт-конференции (Санкт-Петербург, 2012, 2013).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 55 работ, из них 16 в журналах из Перечня ВАК, издано 1 учебно-методическое пособие, 2 учебных пособия, 1 учебное пособие в соавторстве с Н.В. Александровой и Э.Г. Эйдемиллером (2010), глава в руководстве (2009) и в практикуме под ред. Э.Г. Эйдемиллера (2010). Разработана учебная программа цикла повышения квалификации «Супервизия в наркологии».

**Объем и структура работы.** Диссертация включает введение, обзор литературы, описание материалов и методов, результаты исследования, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации, список использованных сокращений и условных обозначений, список терминов, список литературы и приложения. Работа изложена на 250 страницах компьютерного текста, содержит 26 таблиц и 10 диаграмм. Список литературы включает 554 источника (отечественных авторов — 404, иностранных — 150).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Материал исследования.** Исследование проводилось на анонимной и добровольной основе на 4 выборках обследуемых.

**Выборка 1.** Исследование распространенности СЭВ, эмпатии и ее каналов, актуального психоэмоционального статуса, их взаимосвязи и динамики в ходе обучения у специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологиче-

скую помощь, проводилось в 2009-2011 гг. у 270 слушателей циклов общего и тематического усовершенствования кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (210 женщин и 60 мужчин). Врачи-психиатры составили 16,3% (44 чел.), врачи-психотерапевты — 27,4% (74 чел.), врачи психиатры-наркологи — 4,1% (11 чел.), медицинские (клинические) психологи — 23,7% (64 чел.), психологи — 13,0% (35 чел.), из категории «другие» (врачи лечебного профиля, педагоги, специалисты по социальной работе) — 10,7% (29 чел.), интерны и клинические ординаторы — 4,8% (13 чел.). Возрастной диапазон испытуемых был от 21 года до 68 лет, средний возраст —  $35,8 \pm 0,6$  года. Стаж работы по специальности от 0 до 35 лет, средний стаж —  $7,2 \pm 0,4$  года. Исследование проводилось дважды: в первые три дня обучения у слушателей кафедры, а у интернов и клинических ординаторов — во втором полугодии учебы, после прохождения практики в психиатрическом отделении, затем: и у тех, и других по окончанию обучения. Критерием исключения были наличие стрессов непрофессионального характера (утраты, острые заболевания и т.д.), критерием включения — добровольность. Выделенные группы (по возрасту, полу, специальности, стажу работы) были сравнены по психометрическим показателям.

**Выборка 2.** Исследование симптоматического и функционального статуса, качества жизни, приверженности к стационарному лечению, ожиданий и установок в плане оказания наркологической помощи пациентам было проведено в 2012-2013 гг. у больных мужского отделения СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», в котором, помимо детоксикации, пациенты имели возможность пройти реабилитацию. Дизайн исследования осуществлялся методом сплошного набора и предполагал включение всех пациентов, находившихся в отделении. Критерии включения: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ, добровольность и доступность участия в исследовании. Критерии исключения: сопутствующие психические и поведенческих расстройства не связанные с синдромом зависимости от ПАВ.

Полнота одномоментного охвата пациентов отделения составила 210 (75%) пациентов отделения, 51 пациент (18,2%) от исследования отказались, 15 (5,4%) были для него недоступны, 4 (1,4%) были отсеяны по критериям исключения. В дальнейшем, из-за малого числа наблюдений, из исследования были исключены результаты 7 пациентов (1 пациент имел диагноз психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением кокаина F14.21; 2 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов F12.21; 2 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления стимуляторов F15.21; 2 — психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и других ПАВ F19.21).

Из 203 пациентов, мужчин наркологического отделения, давших согласие на проведение исследования, было сформировано две группы: 20 пациентов страдали алкоголизмом и 183 — опиоидной наркоманией. Исследование эмпатии и ее каналов осуществлялось на всей выборке больных, которое сравнивалось с эмпатией специалистов наркологического стационара. Большая часть исследования была проведена у пациентов, страдающих опиоидной наркоманией, — преобладающего контингента отделения.

Средний возраст 20 больных алкоголизмом F10.21 был  $38,3 \pm 2,3$  года (от 23 до 60 лет). Средняя длительность потребления алкоголя составила  $18,5 \pm 2,3$  года (от 4 до 42 лет). Средний возраст 183 пациентов с диагнозом опиоидная наркомания составил  $33,0 \pm 0,4$  года (от 19 до 54 лет), средняя длительность употребления ПАВ —  $14,1 \pm 0,5$  года (от 3 месяцев до 40 лет), употребления инъекционных наркотиков —  $12,2 \pm 0,5$  года (от 2 месяцев до 30 лет). 43% всех обследованных пациентов были инфицированы ВИЧ, 93,4% — хроническим вирусным гепатитом С и 9,3% — хроническим вирусным гепатитом В.

Во 2 выборке были выделены группы (по нозологии, по срокам заполнения методики, длительности и частоте госпитализаций, длительности потребления, длительности ремиссии, планам на будущее), которые сравнивались по изучаемым психометрическим показателям, представленным в материалах исследования.

**Выборка 3.** Исследование проявлений СЭВ, эмпатии и ее каналов, установок в отношении эффективности наркологического лечения и его критериев, удовлетворенности работой отделения и собственной работой было проведено в 2012-2013 гг. в том же наркологическом стационаре у 105 сотрудников (74 женщины и 31 мужчина) следующих отделений: неотложной помощи и реанимации (33 чел.), реабилитации (23 чел.), восстановительного лечения (49 чел.). Врачи и психологи (старший медицинский персонал) были представлены 32 специалистами, медицинские сестры (средний медицинский персонал) — 35, буфетчицы, санитары, социальные работники (младший медицинский персонал) — 28 испытуемыми. Их средний возраст составил  $40,7 \pm 1,2$  года (от 22 до 69 лет), стаж работы по специальности —  $9,5 \pm 1,1$  года (от 1 месяца до 44 лет), стаж работы в наркологии —  $12,0 \pm 1,2$  года (от 1 года до 40 лет), общий медицинский стаж —  $13,7 \pm 1,3$  года (от 1 года до 47 лет).

Критерий включения: добровольность, критерий исключения — наличие стресса непрофессионального характера.

Выделенные группы (сотрудники разных отделений и по уровню образования) сравнивались по выраженности СЭВ, эмпатии и ее каналов, удовлетворенности работой и другим показателям.

**Выборка 4.** Исследование саногенного потенциала супервизии было проведено у 64 участников супервизии, специалистов наркологических учреждений, обучавшихся на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в 2012-2015 гг. Критерием включения была добровольность, критерием исключения — наличие стресса непрофессионального характера.

На первом этапе были изучены проявления и динамика СЭВ у 34 специалистов (21 женщина и 13 мужчин), которые учились на циклах общего и тематического усовершенствования на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в 2012–2013 гг. и прошли личную супервизию в группе в рамках обучающей модели Н.В. Александровой, М.Ю. Городновой (2010), построенной на принципах когнитивно-поведенческого подхода. Из них 8 врачей психиатров-наркологов (23,5%), 11 клинических психологов (32,4%), 6

психотерапевтов (17,6%), 5 специалистов по социальной работе (14,7%) и 4 (11,8%) из категории «другие» (психологи, специалисты по социальной работе). Средний возраст специалистов составил  $39,9 \pm 1,6$  года (от 25 до 56 лет), стаж работы в наркологии —  $8,0 \pm 0,9$  года (от 1 года до 20 лет). Исследование проводилось в начале и в конце обучения.

На втором этапе (2014-2015 гг.) была разработана и апробирована программа групповой обучающей супервизии на основе гештальт-подхода. В работе супервизионной группы приняли участие 30 специалистов (21 женщина и 9 мужчин): 4 врача психиатра-нарколога, 3 врача-психотерапевта, 15 клинических психологов, 2 специалиста по социальной работе, 6 социальных работников. Средний возраст специалистов составил  $41,8 \pm 1,6$  года (от 25 до 56 лет), стаж работы по специальности —  $9,0 \pm 1,2$  года (от 1 года до 20 лет), минимальный стаж был у социальных работников, которые в большинстве своем имели опыт лечения от зависимости и были в длительной ремиссии более 5 лет.

Для подтверждения саногенного потенциала указанной модели было проведено сравнение выраженности и динамики СЭВ с результатами этих показателей у 30 чел. контрольной группы (21 женщина и 9 мужчин). Это были специалисты наркологического стационара, не участвовавшие в супервизии (5 социальных работников, 3 специалиста по социальной работе, 3 врача-психотерапевта, 4 психиатра-нарколога, 15 клинических психологов). Их средний возраст составил  $39,0 \pm 1,5$  года, стаж работы в наркологии —  $9,3 \pm 1,1$  года. По полу, возрасту профессии, продолжительности стажа работы и выраженности СЭВ до начала работы супервизионных занятий контрольная и основная группы были сопоставимы. Представители обеих групп продолжали свою профессиональную деятельность, супервизионная группа же работала в вечернее время. Исследование проводилось дважды до начала и после завершения супервизии.

**Методы исследования:** в работе были использованы клинико-биографический (сбор анамнеза, анализ историй болезни), клинико-

психологический (интервьюирование, включенное наблюдение, психодиагностические методики, анкетирование) и статистический методы.

Для исследования функционального соматического статуса и качества жизни пациента были использованы вариант «Профиль аддикции» (Зобин М.Л., 2009; Marsden J. et al., 1998) и опросник «Оценка качества жизни» (SF-36 Health status survey) (2001). Анализ показателей проводился как на всей выборке, так и в группах больных, заполнявших методики на разных сроках госпитализации.

Исследование эффективности оказания наркологической помощи проводилось с помощью специально разработанных анкет, отдельно и для пациентов, и для специалистов. С целью исследования степени удовлетворенности оказанием наркологической помощи в отделении, установок в лечебной среде стационара была предложена авторская анкета для персонала отделения.

Исследование эмпатии и ее каналов у пациентов, сотрудников и слушателей кафедры проводилось с помощью методики «Диагностика уровня эмпатических способностей» (Бойко В.В., 2001), диагностирующая общий уровень эмпатии и шесть ее каналов: рациональный, эмоциональный, интуитивный, установки, способствующие эмпатии, проникающая способность и идентификация.

Опросник «Профессиональное выгорание» (русскоязычная версия варианта для медицинских работников Н.Е. Водопьяной, Е.С. Старченковой (2008)) был использован для диагностики проявлений СЭВ у персонала наркологического стационара, слушателей кафедры и участников обучающей супервизионной группы.

Для оценки актуального психического состояния слушателей и его динамики были использованы методика диагностики самооценки психических состояний (Айзенк Г., 2006) и тест дифференцированной самооценки функционального состояния: «Самочувствие. Активность. Настроение.» (САН) (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б., 1973). Опросник «Психологический портрет психотерапевта» (Эйдемиллер Э.Г., Васильева Н.Л.,



Александрова Н.В.) был использован для исследования профессиональных качеств врача-психотерапевта.

Для исследования наличия супервизионного опыта была применена авторская анкета «Лист участника супервизии». Также были изучены стенограммы 60 часов занятий по супервизии и проведен их анализ с выделением векторов интервенций.

**Статистическая обработка** выполнена с помощью программы SPSS-20, с применением частот, описательной статистики для характеристики распределений значений переменной и таблиц сопряженности для описания связи двух номинальных переменных. Сравнение средних значений зависимых психометрических переменных в различных группах испытуемых было проведено с помощью однофакторного дисперсионного анализа. Использован Т-критерий для одной выборки и для сравнения двух независимых выборок, имеющих нормальное распределение, при его отсутствии использованы непараметрические методы: Н-критерий Краскела — Уоллиса для К-независимых выборок, U-критерий Манна — Уитни — двух независимых выборок; Уилкоксона — связанных выборок. Был применен метод корреляционного анализа с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. Для изучения степени влияния предикторов на исследуемую переменную использован множественный регрессионный анализ. Выраженность саногенного потенциала разработанной модели групповой супервизии была проведена с применением объективной оценки (рейтинг тяжести шкал). Для всех тестов установлен порог значимости  $p < 0,05$ .

### **Теоретическая концепция психологии лечебной среды**

Развивая биопсихосоциальный подход, пытающийся преодолеть дуализм и причинно-следственный детерминизм с помощью циркулярной причинности и линейной аппроксимации (Боррел-Каррио Ф., 2006), самоорганизации, нелинейной дискретности и фрактальности (Чернобровкина Т.В., Кершенгольд Б.М., 2006; Кулаков С.А., 2009; Сидоров П.И., 2014), теория поля в гештальт-терапии фокусируется на взаимообусловленном процессе взаимодействия участников среды в ситуации многофакторной непредсказуемости. Постулируя не-

возможность предсказания развития событий, отказываясь от приоритета гипотез и делая шаг в сторону от парадигмы доказательной медицины, процессуальная теория поля обращается к необходимости признания факта того, что сам специалист является главным инструментом в создании благоприятной среды. Фокусом внимания становится межличностное взаимодействие на основе способности специалиста к осознанному использованию своей феноменологии в создании ситуации, обеспечивающей максимальное приближение к актуальной потребности ее участников, осознание которой позволяет сделать наиболее подходящий ситуации выбор. Осознанное использование эмпатических способностей определяет возможность ситуации «встречи», ведущей к изменениям. Низкая способность к осознанию ведет к СЭВ и потере субъект-субъектных отношений.

Предлагаемая в диссертации концепция психологии лечебной среды базируется на 11 постулатах: 1) лечебная среда — это поле, «порождающее» ситуацию, представляющее собой процесс; 2) «порождение» ситуации происходит совместно при взаимодействии с «Другим», что является обязательным и необходимым условием; 3) «Другой» — это любой участник лечебной среды, присутствующий в её поле: медицинский персонал, пациент, волонтер, исследователь; 4) действия участников среды — это функция среды (ситуации), то есть поведение пациента и специалиста является производной совместно созданного поля; 5) действие возникает в результате диалога, в ситуации «здесь и сейчас» дифференцируется фигура потребности, определяющая актуальный выбор и реализацию принятого решения; 6) действие меняется постоянно и непрерывно от ситуации к ситуации; 7) диалог определяет возможность «встречи», ведущей к новому опыту каждого из ее участников (субъект-порождающий тип взаимодействия); 8) приближение к субъективному опыту «Другого» и создание возможности «встречи», обуславливающей новый опыт, возможно только с помощью эмпатии, понимания, интуиции или иного подобного способа; 9) лечебная среда как поле имеет определенные свойства: конфликтность, дружелюбность, эмпатичность, обоюдные ожидания, доверие; 10)

диалогическая позиция — это приобретенный, специально тренируемый навык; 11) в среде нет объекта исследования, не зависящего от действия, которое осуществляется с ним, исследователь непосредственный участник эксперимента.

Согласно постулатам концепции психологии лечебной среды все действия ее участников представляют собой взаимообусловленный динамический процесс, порождаемый полем лечебной среды в ситуации встречи с Другим, или, иными словами, являются производными этой среды в ситуации многофакторной неопределенности. С этой позиции были рассмотрены приверженность лечению пациентов наркологического стационара, эмпатические способности участников лечебной среды, проявления СЭВ. Были представлены характеристики поля, обуславливающие благоприятную среду приближения к актуальной потребности ее участников и способствующие большей осознанности в выборе дальнейших действий. Были выделены факторы среды, поддерживающие позитивный выбор пациента.

Обращение к принципам принятым в методологии эконихологических исследований обусловлено теоретической близостью выбранных двух подходов, а также отсутствием разработанного «процессуального» релевантного языка научного описания в гештальт-терапии.

В соответствии с экологическим принципом лечебная среда рассматривается как жизненная среда, которая предоставляет или препятствует возможности удовлетворения жизненных потребностей человека. Патологическое влечение к ПАВ является осевым синдромом заболевания, в основе его лежит потребность в употреблении, а на болезненном уровне функционирования организма это становится жизненной потребностью. Осознание потребности не требует ее обязательного удовлетворения, но требует признания ее, потому что в противном случае происходит ее вытеснение и невозможность контролировать обусловленное ею поведение. Исходя из актуальной потребности в отношении потребления ПАВ, мы выделяем 5 уровней оказания мультипрофессиональной наркологической помощи пациентам и их родственникам, каждому из которых соответствует объем, фокус и способ психотерапевтического вмешательства.

В соответствии с деятельностным принципом лечебная (а также учебная) среда предстает собой пространство возможностей для овладения различными видами человеческой деятельности, определяющих социализацию и индивидуализацию человека. В нашем случае — это приобретение специалистами необходимыми профессиональными компетенциями в учебной и лечебной среде, а пациентами — навыками в сохранении приверженности лечению и здоровья.

Согласно же функциональному принципу лечебная среда рассматривается как фактор, оказывающий средовое воздействие на психику человека, как условие осуществления жизнедеятельности человека, как средовые возможности удовлетворения его потребностей, и как объект профессиональной деятельности. В соответствии с этим изучены влияние факторов среды на процесс приверженности пациентов к долгосрочному лечению, средовые возможности удовлетворения актуальных потребностей больного, эмпатия как условие осуществления жизнедеятельности человека в лечебной среде и как полевая характеристика. Изучение СЭВ было осуществлено с позиции рассмотрения лечебной и учебной среды как объекта профессиональной деятельности. Были описаны типы взаимодействия в лечебной среде: объект-объектный, субъект-объектный, объект-субъектный, субъект-обособленный, субъект-совместный и субъект-порождающий.

По теории параллельных процессов, учебная среда была исследована как место формирования новых способностей межличностного взаимодействия, а факторы учебной среды были изучены с точки зрения их саногенного потенциала в отношении предупреждения и коррекции СЭВ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Участники лечебной среды**

**Приверженность пациентов лечению на стационарном этапе оказания помощи.** Говоря о приверженности в наркологической практике, мы рассматриваем не столько приверженность к конкретному виду лечения, сколько приверженность к системе оказания полипрофессиональной помощи. В процес-

се пребывания в лечебной среде, в ситуации многофакторной непредсказуемости взаимодействия с «Другим» создается возможность позитивных изменений, меняющих качество жизни (этап вовлечения), но становление ремиссии, как правило, происходит при долгосрочной реабилитации (этап удержания). Длительность госпитализации как показатель приверженности чрезвычайно низка у наркологических больных. К 5 дню лечения выбывает 20%, а к 10 дню — остается менее 50% из числа поступивших больных, при этом более половины из них выписываются с нарушением режима и отказом от лечения. Преобладающими причинами госпитализации, согласно опросу пациентов, являются: «ухудшение здоровья» — 64,5% пациентов, «по настоянию близких» — 24,6%, из-за «отсутствия бытовых условий» — 8,7%, по постановлению суда — 6%, из-за «криминальных причин» — 4,9%, по другим причинам — 18,6%. Основные ожидания от госпитализации были следующие: «отказ от употребления» указали 67,8% пациентов и «улучшение здоровья» — 54,6%. Снизить дозу в результате госпитализации хотели 6% пациентов, 3,3% искали временное жилье, 6,6% были заинтересованы в получении положительной характеристики для суда. Таким образом, не менее 20% пациентов не были заинтересованы в наркологическом лечении (1 уровень, согласно нашей классификации).

Повторные госпитализации в это же отделение (43,7% больных) мы рассматриваем как формирующуюся приверженность к стационарному лечению, чему, по мнению пациентов, способствуют квалификация и доброжелательность специалистов (36,1% и 33,3% случаев соответственно), наличие реабилитации и условия отделения (35,5% и 30,6% выборов), значимость отношений с участниками лечебной среды указали 30% пациентов.

С помощью множественного регрессионного анализа мы получили следующее уравнение регрессии ( $p \leq 0,05$ ).

$$\text{КД} = 31,852 + 0,436(\text{ПКДО}) - 4,533(\text{КГН}); R = 0,536; R^2 = 0,287$$

КД — койко-дни, ПКДО — продолжительность койко-дней, проведенных в отделении в предыдущие госпитализации за предшествующий год, КГН — количество предыдущих госпитализаций в наркологический стационар за предшествующий год.

Таким образом, длительность предшествующих госпитализаций в отделении способствует длительности настоящей госпитализации, а частота госпитализаций, напротив, снижает ее. Но является ли частота госпитализаций проявлением приверженности к стационарному лечению, поддерживая качество жизни пациента, или условием поддержания продолжающейся наркотизации? Для ответа на этот вопрос мы исследовали взаимосвязи между длительностью, частотой госпитализаций с факторами, связанными с симптоматическим и функциональным статусом пациента.

**Приверженность стационарному лечению и факторы, связанные с симптоматическим и функциональным статусом пациента.** Были выявлены различия в показателях по методике «Профиль аддикции» в группах больных с разной частотой госпитализаций за предшествовавший год. Было проанализировано 130 опросников пациентов, заполненных до 10 дня текущей госпитализации (опросник заполнялся в среднем на  $5,1 \pm 0,2$  дня), и были получены значимые различия только по 2 показателям (таблица 1).

Таблица 1 — Среднее количество дней общения с родственниками и среднее количество формально «безработных» дней в группах пациентов с разным количеством предшествующих госпитализаций

Группы по числу предыдущих госпитализаций за год	Среднее количество дней общения с родственниками (E3) $M \pm m$	Среднее количество «безработных» дней (E9) $M \pm m$
1 – не было госпитализаций	$23,31 \pm 1,56$ $n=39$ ; $p_{1-2} < 0,05$	$4,40 \pm 1,64$ $n=42$ ; $p_{1-3} < 0,05$
2 – одна госпитализация	$19,97 \pm 2,30$ $n=29$ ; $p_{1-2} < 0,05$	$4,03 \pm 1,72$ $n=32$ ; $p_{2-3} < 0,05$
3 – две госпитализации	$28,47 \pm 1,53$ $n=17$ ; $p_{2-3} < 0,01$	$10,72 \pm 3,34$ $n=18$
4 – три и более госпитализации	$25,63 \pm 1,57$ $n=35$ ; $p_{4-2} < 0,05$	$3,27 \pm 1,55$ $n=37$ ; $p_{4-3} < 0,05$

Наибольшее среднее количество «дней по безработице» оказалось у пациентов с двумя повторными госпитализациями, что было значимо больше ( $p < 0,05$ ), чем у больных, не имевших госпитализаций или с одной, тремя и большими их числом, что позволяет рассматривать повторные госпитализации как способ сохранения профессионального статуса, поддерживающего качество

жизни. Интенсивность общения с родственниками у пациентов, не имевших госпитализаций за предыдущий год, было в среднем значимо больше ( $p < 0,05$ ), чем у тех, кто госпитализировался один раз. Редкие госпитализации показали низкие значения социальной поддержки, повторные — укрепление взаимодействия с родственниками.

С помощью критериев Краскела — Уоллиса и Манна — Уитни были выявлены достоверные различия по показателям методики «Профиль аддикции» у больных, заполнявших опросник в разные сроки пребывания в отделении: 1 группа (108 чел.) — с 1 дня по 7 день, 2 группа (30 чел.) — с 8 дня по 14 день, 3 группа (19 чел.) — с 15 дня по 30 день и 4 группа (26 чел.) — с 31 дня по 120 день (таблица 2).

Таблица 2 — Средние значения ( $M \pm m$ ) показателей по опроснику «Профиль аддикции» в группах пациентов с разным сроком текущей госпитализации

Показатели профиля аддикции	Группы пациентов, n= число наблюдений			
	1	2	3	4
В2. Употребление опиоидов	49,94±4,39 n=78; $p_{1-3} < 0,001$	68,43±37,53 n=21 $p_{2-3} < 0,05$	20,48±11,92 n=11	—
С1. Всего дней инъекционного употребления за последние 30 дней	24,25±0,90 n=108 $p_{1-3} < 0,001$	21,80±1,86 n=30 $p_{2-3} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,001$	8,68±2,23 n=19 $p_{3-4} < 0,001$	0,31±0,31 n=26 $p_{1-4} < 0,001$
С2. Количество инъекций в среднем в течение дня за последние 30 дней	2,41±0,13 n=108 $p_{1-3} < 0,05$	2,13±0,29 n=30 $p_{2-4} < 0,001$	1,58±0,33 n=19 $p_{3-4} < 0,001$	0,23±0,23 n=26 $p_{1-4} < 0,001$
С4. Число лиц, с которыми был сексуальный контакт без презерватива в течение последних 30 дней	0,65±1,11 n=108	0,60±0,21 n=30 $p_{2-4} < 0,05$	0,32±0,13 n=19	0,35±0,20 n=26 $p_{1-4} < 0,01$
С5 Количество сексуальных контактов без презерватива за последние 30 дней.	3,75±0,69 n=108	2,97±1,14 n=30 $p_{2-4} < 0,01$	1,47±0,65 n=19	0,27±0,19 n=26 $p_{1-4} < 0,001$
Е3. Количество дней общения с родственниками, включая личные и телефонные контакты	24,63±0,98 n=100 $p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$	20,11±2,20 n=28 $p_{2-4} < 0,05$	19,28±2,55 n=18 $p_{3-4} < 0,05$	12,69±2,07 n=26 $p_{1-4} < 0,001$
Е4. Количество конфликтных дней с родственниками за последний месяц	7,31±1,06 n=100	4,71±1,51 n=28 $p_{2-4} < 0,05$	2,39±0,77 n=18 $p_{3-4} < 0,05$	0,35±0,16 n=26 $p_{1-4} < 0,001$
Коэффициент конфликтности с родственниками	31,33±4,05 n=100	25,07±5,51 n=28	14,73±5,72 n=18	13,69±6,52 n=26 $p_{1-4} < 0,001$
Е10. Количество правонарушений, совершенных за последние 30 дней	13,28±3,17 n=108	7,50±4,30 n=30 $p_{2-4} < 0,01$	9,42±3,79 n=19 $p_{3-4} < 0,01$	0,15±0,15 n=26 $p_{1-4} < 0,001$

Как видно из таблицы 2, снижение показателей, отражающих рискованное поведение больных, по опроснику «Профиль аддикции», начинается с третьей недели их пребывания в стационаре, а ретроспективная оценка их криминальной активности достоверно снижается лишь через месяц. Интенсивность контактов с родными и близкими с течением госпитализации достоверно ослабевает, но при этом уменьшается и конфликтность в отношениях с ними, что обеспечивает улучшение качества межличностного взаимодействия.

**Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией.** Полученные на данной выборке больных показатели качества жизни (183 чел.), мы сравнили с результатами многоцентрового исследования качества жизни В.Н. Амирджановой и соавторов (2008), что представлено в таблице 3.

Таблица 3 — Сравнение средних показателей по шкале SF-36 пациентов с опиоидной наркоманией и стандартизированных популяционных показателей

Группы и их численность	Показатели качества жизни по опроснику SF-36 (M, SD)							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Пациенты (n=183)	84,54 21,48	43,76 43,75	53,59 35,41	52,73 19,04	48,25 18,69	53,40 29,30	41,52 43,22	48,78 18,03
Популяционная норма (n=939)	51,75 9,71	51,56 9,92	51,64 10,20	51,47 10,15	52,28 9,45	51,70 9,72	51,31 9,83	52,76 9,11
Значимость (p)	< 0,001	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	> 0,05	< 0,01	< 0,01

PF — физическое функционирование, RP — ролевое функционирование, BP — интенсивность боли, GH — общее состояние здоровья, VT — жизненная активность, SF — социальное функционирование, RE — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH — психическое здоровье.

Пациенты с опиоидной наркоманией оценивали себя физически более способными и активными в повседневной деятельности, но менее способными выполнять повседневную работу в связи с худшим эмоциональным состоянием, психическим здоровьем, сниженной жизненной активностью, чем обследованные контрольной группы популяционного исследования.

Предполагая, что изначальные показатели качества жизни могут оказывать влияние на выбор пациента оставаться или нет в поле лечебной среды, бы-



ли изучены показатели качества жизни в 4 группах пациентов с различной длительностью пребывания в стационаре. Опросник был заполнен больными до 10 дня госпитализации, в среднем в 5 день. Были выявлены достоверные различия между всеми четырьмя группами только по показателям трех шкал качества жизни: PF — физическое функционирование, RP — ролевое функционирование и BP — интенсивность боли (таблица 4).

Таблица 4 — Средние значения показателей шкал по опроснику SF-36 в группах пациентов с различной длительностью госпитализации

Группы	Использованные шкалы опросника SF-36 (M±m)		
	PF	RP	BP
1 (<7 дней) n= 41	91,46±1,99	45,61±7,10	50,63±5,77; p <sub>1-3</sub> □0,05
2 (8-14дней) n=57	79,84±3,49; p <sub>2-1</sub> □0,05	56,49±5,78; p <sub>2-3</sub> □0,01	62,23±4,58; p <sub>2-3</sub> □0,01
3 (15-30 дней) n=21	81,43±5,05; p <sub>3-1</sub> □0,05	25,0±9,13; P <sub>3-2</sub> □0,01	31,38±8,25
4 (>30 дней) n=11	76,36±8,58; p <sub>4-1</sub> □0,01	31,82±12,65	50,55±10,53; p <sub>4-3</sub> □0,05
Всего n=130	83,47±2,02	45,88±3,92	53,45±3,26

PF — физическое функционирование, RP — ролевое функционирование, BP — интенсивность боли.

Для проверки гипотезы о связи длительности госпитализации и качества жизни было проведено исследование качества жизни у пациентов в разные сроки госпитализации: группа 1 (108 чел.) — пациенты, заполнившие опросник на первой неделе пребывания в стационаре, среднее количество койко-дней — 4,38±0,19, группа 2 (30 чел.) — на второй неделе — 9,63±0,38; группа 3 (19 чел.) — на третьей и четвертой неделе — 20,16±0,96 и 4 группа (26 чел.) — на втором – шестом месяце — 78,65±4,74 койко-дня. Были получены следующие достоверные различия: пациенты 2 группы имели более низкие средние значения шкалы «жизненной активности», чем пациенты 4 группы (42,17±3,58 и 55,38±2,40 балла соответственно, p<0,01), которые имели более высокие средние показатели по шкале «психическое здоровье» (60,15±2,12 балла, p<0,01), чем пациенты всех трех групп (47,31±1,84, 47,73±3,19, 43,21±3,40 балла соот-

ветственно,  $p < 0,01$ ). Наибольший показатель «психическое здоровье» свойствен пациентам в период реабилитации, чем больным первого месяца пребывания в отделении, а обследованные на второй неделе имели меньшую «жизненную активность», отражающую ощущение силы и энергии, по сравнению с больными, проходившими реабилитацию ( $p < 0,01$ ).

Для подтверждения гипотезы о связи между частотой госпитализаций и качеством жизни было проведено исследование качества жизни 130 пациентов с разным числом госпитализаций за текущий год: группа 1 (42 чел.) — пациенты, не имевшие госпитализаций, группа 2 (32 чел.) — впервые госпитализированные в текущем году, группа 3 (19 чел.) — госпитализированные дважды за последний год, группа 4 (37 чел.) — имевшие 3 и более госпитализации. Были получены достоверные различия только по шкале «физическое функционирование»: пациенты 2 группы достоверно ( $p < 0,05$ ) имели более низкие средние значения по данной шкале ( $78,25 \pm 4,37$  балла), чем пациенты 3 и 4 групп ( $88,16 \pm 5,69$  и  $87,16 \pm 3,67$  балла соответственно).

Таким образом, только после месячного пребывания в лечебной среде наблюдался рост показателей шкал качества жизни, указывающих на ее улучшение. Пациенты реабилитационного этапа имели достоверно более высокие значения показателей шкал «психическое здоровье», чем пациенты в первый месяц лечения. Больные, испытывавшие более сильную боль при госпитализации, чаще других задерживались в отделении после 14 дня, но интенсивность боли не способствовала принятию решения пациента остаться в стационаре дольше месячного срока и стать участником реабилитационной программы. Пациенты, имевшие при поступлении более низкое ролевое функционирование, обусловленное физическими и эмоциональными проблемами, чаще выбирали программу реабилитации. По мере продолжительности лечения пациенты с опиоидной наркоманией более реалистично оценивали свое здоровье: при улучшении психического благополучия, они хуже оценивали физическое состояние, что побуждало их обращаться за медицинской помощью лечения сопутствующих соматических заболеваний. Пациенты, госпитализированные за год однократно,

имели самые низкие показатели по шкале «физическое функционирование». Увеличение количества госпитализаций больных восстанавливало их физическое состояние и повышало качество жизни даже при продолжении употребления наркотиков. Полученные результаты позволили сделать заключение о том, что частота госпитализаций является фактором формирования приверженности к системе оказания наркологической помощи (этап вовлечения), длительность госпитализации — приверженности долгосрочному лечению (этап удержания).

**СЭВ у сотрудников наркологического стационара.** Согласно нашей концепции, СЭВ является производным лечебной среды. Только 10,5% сотрудников наркологического стационара не имели его проявлений, выраженность СЭВ у мужчин и женщин была одинакова. Отсутствовали достоверные различия его выраженности в группах сотрудников с разным уровнем образования. Степень СЭВ и его субшкалы не коррелировали с возрастом, общим медицинским стажем, а также стажем работы в конкретной должности (таблица 5).

Таблица 5 — Распространенность СЭВ и его субшкал среди сотрудников наркологического стационара

Степень СЭВ (баллы)	Субшкалы СЭВ						Интегральный показатель СЭВ	
	ЭИ		Д		РПД			
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1(3–4)	44	41,9	1	1	36	34,3	11	10,5
2(5–6)	40	38,1	34	32,4	42	40,0	31	29,5
3(7–9)	16	15,2	33	31,4	20	19,0	44	41,9
4 (>10)	5	4,8	37	35,2	7	6,7	19	18,1
Итого	105	100%	105	100%	105	100%	105	100%

ЭИ — эмоциональное истощение, Д — деперсонализация, РПД — редукция профессиональных достижений.

**Оценка эффективности наркологической помощи и удовлетворенность работой сотрудников наркологического стационара.** Удовлетворенность работой (УР) и эффективность оказания наркологической помощи пациентам (ЭНП) в изучаемом стационаре оценивались сотрудниками по 100-балльной шкале. Были получены следующие средние значения: УР=69,0±2,12 и ЭНП=68,6±2,59 балла. При этом оба показателя имели положительную двусто-

ронную корреляционную связь ( $r_0=0,374$ ,  $p<0,001$ ). Чем меньше стаж работы сотрудника в должности, тем выше оценка эффективности оказания наркологической помощи ( $r_0= - 0,249$ ,  $p<0,05$ ), при этом корреляции по данному статистическому анализу с возрастом обнаружено не было. У них также была выявлена отрицательная связь между удовлетворенностью работой и эмоциональным истощением ( $r_0= -0,291$ ,  $p<0,01$ ) и с деперсонализацией ( $r_0= -0,219$ ,  $p<0,05$ ).

По данным однофакторного дисперсионного анализа достоверно наибольшую оценку эффективности наркологической помощи показал младший медперсонал ( $81,0\pm 3,39$  балла), имевший наименьший стаж работы в наркологии и общий медицинский стаж. Наименее удовлетворены работой были врачи и психологи, их средний показатель удовлетворенности ( $61,3\pm 3,54$  балла) был достоверно ниже, чем у младшего ( $73,4\pm 3,81$  балла) и среднего медицинского персонала ( $71,2\pm 3,91$  балла). По выраженности СЭВ и его субшкал представители этих групп между собой не имели достоверных различий.

С помощью критерия Манна — Уитни были выявлены различия по возрасту, медицинскому стажу, стажу работы в должности, выраженности СЭВ и его субшкал у сотрудников разных отделений: 1 группа — неотложной помощи, 2 — реабилитации и 3 группа — восстановительного лечения (таблица 6).

Таблица 6 — Сравнение групп сотрудников отделений по показателям СЭВ, возрасту, стажу работы в должности и общему медицинскому стажу ( $M\pm m$ )

Группы	Возраст	Медицинский стаж	Стаж работы в должности	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Интегральный показатель
1 (n=33)	37,0±1,68	13,4±1,68	9,76±1,51	22,9±1,39	14,3±0,54	7,0±0,41
2 (n=23)	46,4±2,34	19,0±3,26	11,7±2,69	17,0±0,78	11,7±0,65	7,8±0,40
3 (n=49)	40,5±1,98	11,7±2,11	8,2±1,79	17,7±1,26	12,9±0,74	7,25±0,47
p	$p_{1-2}<0,01$	$p_{1-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,01$	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,01$	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,05$	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,01$

Молодые сотрудники отделения «первой наркологической помощи» более эмоционально истощены и используют в работе больше субъект-объектных отношений, чем сотрудники других отделений.

### **Полевые характеристики лечебной среды**

**Критерии эффективности лечения в наркологии глазами пациента и персонала.** У пациентов и сотрудников преобладающим критерием эффективности оказания наркологической помощи остается критерий «отказ от употребления ПАВ», в большей степени на него ориентированы сотрудники (79% против 67,8%). Пациенты указали и другие критерии эффективности лечения: «смогу работать» — 76 (41,5%) обследованных, «улучшение здоровья» — 70 (38,3%), «улучшение отношений с близкими — 62 (33,9%), «смогу контролировать потребление» — 9 (4,9%) и другое — 13 (7,1%). Сравнение пациентов, выбравших «отказ от употребления» ( $n=82$ ) как критерия эффективного лечения и не выбравших его ( $n=48$ ), по количеству койко-дней текущей госпитализации (заполнение опросника происходило до 10 дня госпитализации) не дало достоверных различий, что указывает на его формальный характер.

У сотрудников на втором месте оказался критерий «улучшение качества жизни пациента», его выбрали 31 (29,5%) обследованных. Критерий «ремиссия больше одного года» выбрали 19 (18,1%) обследованных, «снижение употребления ПАВ» как критерий лечения рассматривали 5 (4,8%) сотрудников, а в 6 (5,7%) случаях руководствовались критерием «любая помощь пациенту». У персонала установка в отношении критерия эффективности лечения «отказ от употребления» отрицательно коррелирует с установкой «улучшение качества жизни пациента» ( $r_0 = -0,528$ ,  $p < 0,001$ ), и установкой «оказание любой помощи» ( $r_0 = -0,193$ ,  $p < 0,05$ ), что указывает на препятствие в принятии сотрудниками стационара основного критерия эффективности в психиатрической практике и практике оценки помощи хроническим больным — «улучшение качества жизни пациента».

**Установки сотрудников наркологического стационара.** Лечебная среда наркологического стационара отличается негативными когнитивными уста-

новками по отношению к пациенту и его окружению (негативные оценки в 1,68 раз преобладали над позитивными). Причину наркоманического поведения сотрудники видели в нежелании пациента менять его, менее одной трети персонала видели ее в патогенезе самого заболевания. Эмоциональная поддержка и проявление сочувствия к пациенту со стороны персонала в 3,3 раза встречалась чаще, чем его эмоциональное отвержение. Специалисты в большей степени в своих переживаниях и оценках ориентированы на пациентов, чем на самих себя. У сотрудников имеется отрицательная когнитивная оценка действий пациента и сопереживание ему при позитивной когнитивной оценке своего труда и преобладание негативных переживаний на рабочем месте. Чем старше сотрудник и чем дольше он работает в занимаемой должности, тем чаще он негативен в когнитивной оценке пациента ( $p_0 = 0,215$ ,  $p < 0,05$ ), а также реже испытывает позитивные переживания, работая в отделении ( $p_0 = -0,262$ ,  $p < 0,01$ ) и положительно оценивает свою работу ( $p_0 = -0,209$ ,  $p < 0,05$ ), но при этом чаще сопереживает пациенту ( $p_0 = 0,315$ ,  $p < 0,001$ ).

### Эмпатическое поле в наркологическом стационаре

Средний уровень эмпатии у пациентов и сотрудников относился к заниженному уровню и у тех и у других достоверно не различался (таблица 7).

Таблица 7 — Средние значения эмпатии и ее каналов у пациентов и сотрудников наркологического стационара

Группы и их численность	Показатели эмпатии и эмпатических каналов ( $M \pm m$ )						
	РК	ЭК	ИК	У	ПС	Ид	Э
Пациенты F11.21 n=183	3,11± 0,97	2,79± 0,10	3,16± 0,11	2,93± 0,10	2,66± 0,09	2,79± 0,11	17,45± 0,3
Пациенты F10.21 n=20	2,85± 0,31	3,7± 0,36	3,5± 0,38	3,05± 0,27	2,9± 0,25	2,3± 0,34	18,3± 0,83
Специалисты n=105	2,31± 0,14	2,95± 0,14	2,84± 0,16	3,31± 0,14	3,2± 0,12	2,86± 0,14	17,48 ±0,45
Значимость (p)	$p_{1-3}$ < 0,001	$p_{1-2}$ □ 0,05	> 0,05	$p_{1-3}$ < 0,05	$p_{1-3}$ < 0,001	> 0,05	> 0,05

РК — рациональный канал, ЭК — эмоциональный канал, ИК — интуитивный канал, У — установки, способствующие эмпатии, ПС — проникающая способность, Ид — идентификация, Э — уровень эмпатии.

По сравнению с пациентами с опиоидной зависимостью, сотрудники имели более выраженные способности создавать атмосферу доверия и открытости и больше установок, облегчающих действие всех эмпатических каналов, что отражает их профессиональные навыки. При этом спонтанный интерес к другому человеку, необходимый базовый навык помогающих специалистов, наименее выражен из изучаемых эмпатических способностей, но значимо выше представлен у пациентов с опиоидной наркоманией, которые также в большей степени доверяют своей интуиции. Также отмечено, что больные алкоголизмом более способны к эмоциональному сопереживанию, чем больные наркоманией.

Сравнение групп пациентов с разным уровнем эмпатии по показателям длительности потребления ПАВ, возрасту, длительности пребывания в отделении (на момент заполнения опросника) и длительности госпитализации значимых различий не обнаружило. С помощью корреляционного анализа были выявлены достоверные ( $p \leq 0,05$ ) отрицательные взаимосвязи между длительностью пребывания в отделении и средними значениями эмпатических каналов у пациентов: рациональным ( $r_0 = -0,146$ ), интуитивным ( $r_0 = -0,222$ ), идентификацией ( $r_0 = -0,154$ ) и общим уровнем эмпатии ( $r_0 = -0,17$ ).

Получены достоверные ( $p \leq 0,05$ ) отрицательные двусторонние взаимосвязи между стажем работы в наркологии и уровнем эмпатии персонала ( $r_0 = -0,257$ ), а также между стажем работы и установками на эмпатию ( $r_0 = -0,253$ ). Возраст сотрудников имел достоверные ( $p \leq 0,05$ ), но слабые отрицательные корреляционные связи с уровнем эмпатии ( $r_0 = -0,244$ ), а также с ее каналами: рациональным ( $r_0 = -0,204$ ), эмпатическими установками ( $r_0 = -0,295$ ) и идентификацией ( $r_0 = -0,24$ ).

Таким образом, по мере пребывания в среде с низким уровнем эмпатии происходит редукция эмпатических способностей у ее участников, что требует коррекции в условиях лечебной и учебной среды.

### **Саногенные факторы учебного процесса**

**Эмпатические способности специалистов психиатрического профиля, их динамика и коррекция в ходе обучения в системе дополнительного последиplomного образования.** Средний уровень эмпатии слушателей кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии составил  $20,81 \pm 0,29$  балла, что относится к заниженному уровню, он достоверно не отличался у мужчин и женщин, а также специалистов разных профессиональных групп. Предположив, что в ходе учебного процесса возможна динамика эмпатических способностей, мы провели анализ парных выборок, сравнив значения уровней и каналов эмпатии в начале и конце учебного процесса с помощью критерия Уилкоксона. У женщин (140 чел.) повысился уровень эмпатии с  $21,36 \pm 0,37$  до  $21,93 \pm 0,37$  балла, что показывает средний, а не заниженный уровень эмпатии ( $p < 0,05$ ). У них повысились значения интуитивного канала (с  $3,33 \pm 0,14$  до  $3,56 \pm 0,15$  балла,  $p < 0,05$ ) и идентификации в эмпатии (с  $3,79 \pm 0,13$  до  $4,04 \pm 0,13$  балла,  $p < 0,05$ ). У мужчин (39 чел.) в процессе обучения также произошло значимое увеличение уровня эмпатии (с  $18,69 \pm 0,76$  до  $19,92 \pm 0,79$  балла,  $p < 0,001$ ) за счет нарастания спонтанного интереса (с  $2,72 \pm 0,23$  до  $3,08 \pm 0,24$  балла,  $p < 0,05$ ).

К факторам учебного процесса, имеющим возможное влияние на динамику эмпатии и ее каналов, мы отнесли: теоретические знания и практические навыки, приобретенные в ходе обучения, опыт личной супервизии и личностного роста (участие в одноименной группе), участие в групповой супервизии, стиль преподавания, межличностное взаимодействие и продолжительность обучения. Сравнив группы слушателей, указавших значимые для себя перечисленные факторы, по уровню эмпатии и представленности ее каналов с помощью критерия Манна — Уитни мы получили достоверные различия, которые позволили сделать следующее заключение: личная супервизия, участие в группах личностного роста способствуют росту эмпатии, при этом супервизия содействует развитию способности действовать в ситуации недостатка информации и создавать доверительную среду, а личностный рост — способности идентифицироваться с пациентом и развитию эмпатических установок.



**Исследование актуального психического состояния и профессиональных качеств психотерапевта у слушателей.** Актуальное психическое состояние слушателей в целом было удовлетворительным. В процессе обучения у ряда специалистов отмечалась тенденция к снижению самочувствия, активности и настроения, не достигшая уровня достоверности по группе в целом, но у них достоверно нарастала агрессивность (с  $7,3 \pm 0,19$  до  $7,6 \pm 0,21$  балла,  $p < 0,05$ ), что может отражать реакцию усталости тех слушателей, кто совмещал обучение и работу.

С помощью Т-критерия было выявлено достоверное уменьшение показателя шкалы «Я как профессионал» только в группе психиатров ( $p \leq 0,01$ ), в то время как в группе «другие» увеличились показатели шкалы «Я как личность» ( $p \leq 0,05$ ). В процессе обучения в большей степени происходит коррекция навыков установления контакта с пациентом и его близкими. Профессиональные навыки и личностные ресурсы у них в работе с пациентами остались на прежнем уровне.

**СЭВ специалистов психиатрического профиля его динамика и коррекция в ходе обучения в системе последипломного образования.** 64,8% специалистов, работающих с пациентами психиатрического профиля, имеют СЭВ различной степени выраженности. Специалисты разных специальностей достоверно не отличались по выраженности шкал и интегрального показателя СЭВ, но специалистам, имевшим стаж работы по специальности более 20 лет, была свойственна бóльшая редукция профессиональных достижений, что соответствует литературным данным.

За время обучения у 140 женщин по критерию Уилкоксона было отмечено нарастание деперсонализации с  $7,0 \pm 0,37$  до  $7,8 \pm 0,34$  балла ( $p < 0,01$ ), также выявлено нарастание деперсонализации по Т-критерию в группе психиатров ( $n=28$ ) с  $8,8 \pm 0,92$  до  $9,9 \pm 0,9$  балла ( $p < 0,05$ ). Однако, исследование динамики СЭВ у женщин ( $n=20$ ) с высокими значениями эмоционального истощения (ЭИ) с помощью Т-критерия парных выборок, показало положительную динамику средних значений ЭИ (с  $30,1 \pm 0,90$  до  $26,2 \pm 1,19$  балла,  $p < 0,05$ ). У мужчин

же ( $n=9$ ), имевших высокую степень ЭИ в начале обучения, также была отмечена положительная динамика данного показателя с  $29,1 \pm 1,16$  до  $22,2 \pm 2,72$  балла ( $p < 0,01$ ). У женщин с изначально высокими и очень высокими значениями деперсонализации ( $n=25$ ) к концу обучения было отмечено ее снижение с  $14,1 \pm 0,56$  до  $11,6 \pm 0,8$  балла, ( $p < 0,01$ ).

Корреляционный анализ Спирмена позволяет представить следующую динамику развития СЭВ (таблица 8): рост деперсонализации, сопровождающийся ростом эмоционального истощения, компенсируется профессиональной успешностью, дальнейшее нарастание деперсонализации ведет к редукции профессиональных достижений и последующему нарастанию всех составляющих СЭВ с потерей внутренней связи между ними, как и по данным Л.А. Молчановой (2012).

Таблица 8 — Корреляции субшкал опросника СЭВ в группах слушателей с его разной степенью

Степень СЭВ	ЭИ — Д	ЭИ — ПУ	Д — ПУ
1 ( $n=40$ )	$r_0 = 0,253; p \square 0,05$	Нет	Нет
2 ( $n=120$ )	нет	$r_0 = 0,226; p \square 0,05$	Нет
3 ( $n=39$ )	нет	Нет	$r_0 = 0,779; p \square 0,001$
4 ( $n=14$ )	нет	Нет	Нет

ЭИ — эмоциональное истощение, Д — деперсонализация, ПУ — профессиональная успешность.

**Исследование факторов учебного процесса, определяющих динамику и коррекцию СЭВ.** Сравнение специалистов с опытом групповой супервизии ( $n=56$ ) и без него ( $n=122$ ) в ходе обучения по значениям субшкал СЭВ показал рост профессиональной успешности у получивших такой опыт ( $35,7 \pm 0,49$  и  $34,0 \pm 0,64$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ). Специалисты, указавшие на приобретенный опыт личностного роста ( $n=42$ ), имели достоверно более низкие показатели по деперсонализации к концу обучения ( $6,78 \pm 0,5$  и  $8,52 \pm 0,353$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ), что не было отмечено в начале обучения. С помощью критерия Манна — Уитни мы сравнили группы слушателей с положительной и отрицательной динамикой СЭВ по указанным ими значимыми для них факторам

учебного процесса. У женщин ( $n=23$ ) с положительной динамикой по шкале деперсонализация достоверно чаще ( $p<0,05$ ) был представлен опыт личной супервизии. Данное наблюдение позволило нам рассматривать группы личностного роста и супервизию как саногенные факторы учебного процесса.

**Связь между проявлением СЭВ и эмпатическими способностями** имеет гендерные особенности, что было выявлено с помощью множественной регрессии (таблица 9).

Таблица 9 — Влияние предикторов на субшкалы СЭВ

Женщины	Мужчины
$\text{ЭИ1} = 8,758 + 0,776(\text{Д1}) + 1,079(\text{ЭК1});$ $R = 0,519, R^2 = 0,27$	$\text{ЭИ1} = - 4,332 + 1,274(\text{Д1}) + 0,611(\text{Э1});$ $R = 0,755, R^2 = 0,571$
$\text{ЭИ2} = 9,83 + 0,822(\text{Д2}) + 1,428(\text{ЭК2}) - 0,912$ $(\text{У2}); R = 0,578, R^2 = 0,321.$ $\text{ЭИ2} = 5,649 + 0,617(\text{ЭИ1});$ $R = 0,661, R^2 = 0,437$	$\text{ЭИ2} = 27,536 + 1,089(\text{Д2}) - 0,714(\text{ПУ2})$ $+ 1,445(\text{Ид2}); R = 0,816, R^2 = 0,667.$ $\text{ЭИ2} = 7,243 + 0,541(\text{ЭИ1});$ $R = 0,571, R^2 = 0,327$
$\text{Д1} = 9,066 + 0,239(\text{ЭИ1}) - 0,173(\text{ПУ1}) +$ $0,589(\text{РК1}) - 0,533(\text{У1});$ $R = 0,545, R^2 = 0,297$	$\text{Д1} = 7,862 + 0,442(\text{ЭИ1}) - 0,392(\text{Э1});$ $R = 0,768; R^2 = 0,59$
$\text{Д2} = 5,105 + 0,264(\text{ЭИ2}) - 0,466(\text{ПС2});$ $R = 0,502, R^2 = 0,256$ $\text{Д2} = - 2,476 + 0,457(\text{Д1}) + 0,12(\text{ЭИ1}) +$ $0,139(\text{ПУ1});$ $R = 0,583, R^2 = 0,340$	$\text{Д2} = - 10,892 + 0,542(\text{ЭИ2}) + 0,401$ $(\text{ПУ2}) - 1,032(\text{Ид2});$ $R = 0,777, R^2 = 0,603$ $\text{Д2} = 1,497 + 0,857(\text{ЭИ1});$ $R = 0,785, R^2 = 0,615$
$\text{ПУ1} = 34,503 + 1,31(\text{Ид1}) - 0,312(\text{Д1}) -$ $0,685(\text{ЭК1}); R = 0,538, R^2 = 0,289$	$\text{ПУ1} = 35,404 + 1,237(\text{РК1}) -$ $0,177(\text{ЭИ1}); R = 0,441, R^2 = 0,195$
$\text{ПУ2} = 34,80 + 0,724(\text{Ид2}) - 0,141(\text{ЭИ2});$ $R = 0,285, R^2 = 0,081.$ $\text{ПУ2} = 15,332 + 0,569(\text{ПУ1});$ $R = 0,532, R^2 = 0,283$	$\text{ПУ2} = 33,454 - 0,465(\text{ЭИ2}) + 0,578(\text{Д2})$ $+ 1,356(\text{ПС2}); R = 0,633, R^2 = 0,401.$ $\text{ПУ2} = 23,91 + 0,312(\text{ПУ1});$ $R = 0,353, R^2 = 0,125$

ЭИ — эмоциональное истощение, Д — деперсонализация, ПУ — профессиональная успешность, РК — рациональный канал, ЭК — эмоциональный канал, У — установки, способствующие эмпатии, ПС — проникающая способность, Ид — идентификация, Э — уровень эмпатии; 1 — исследование в начале обучения, 2 — исследование в конце обучения.

У мужчин и женщин уровень эмоционального истощения на момент включения в исследование определяет его текущий уровень и текущий уровень деперсонализации. Деперсонализация и эмоциональное истощение имеют тесную взаимосвязь. Конечные значения профессиональной успешности опреде-

ляются ее изначальным уровнем. У женщин деперсонализация определяется ее изначальным уровнем и уровнем профессиональной успешности, редукция же профессиональных достижений определяется ростом уровней деперсонализации и эмоционального истощения. У мужчин рост эмоционального истощения и снижение деперсонализации определяет редукцию профессиональных достижений. Эмоциональное истощение у женщин определяется эмоциональным каналом, а у мужчин — способностью к идентификации. Высокая степень редукции профессиональных достижений у женщин сопровождается параллельным снижением установок, облегчающих действие всех эмпатических каналов, способности сопереживать и стать на место другого человека. Высокий спонтанный интерес к бытию «Другого» у женщин в сочетании с низкой способностью создавать доверительную атмосферу и малым числом эмпатических установок является фактором риска по развитию деперсонализации, а чрезмерная способность входить в эмоциональный резонанс — фактором риска по формированию эмоционального истощения и редукции профессиональных достижений. Рост эмпатических установок у женщин служит профилактикой эмоционального истощения и деперсонализации, а способность стать на место другого — редукции профессиональных достижений. Высокие значения эмпатии и идентификации у мужчин являются факторами риска нарастания эмоционального истощения, но способствуют редукции деперсонализации, развитие рационального канала способствует профессиональной успешности. Развитие же проникающей способности у мужчин ведет к профессиональной успешности, у женщин — к редукции деперсонализации.

### **Супервизия специалистов наркологического стационара**

Опираясь на полевую концепцию психологии лечебной среды, принимая во внимание необходимость командной работы в наркологии, опираясь на обнаруженные закономерности структурно-динамического развития СЭВ и взаимосвязи с эмпатическими способностями, мы разработали модель обучающей групповой супервизии для полипрофессиональной команды. Динамика суб-

шкал СЭВ у участников обучающей групповой супервизии (критерий Уилкоксона) представлена в таблице 10.

Таблица 10 — Динамика средних показателей СЭВ участников супервизионной группы ( $M \pm m$ )

Показатели субшкал и интегральный показатель СЭВ	Исследование 1 ( $M \pm m$ )	Исследование 2 ( $M \pm m$ )	p<
Эмоциональное истощение	13,9±1,33	8,1±0,92	0,001
Деперсонализация	10,2±0,57	7,4±0,49	0,01
Профессиональная успешность	34,6±1,02	39,0±0,81	0,001
Интегральный показатель СЭВ	5,5±0,27	4,3±0,15	0,001

Сравнение показателей СЭВ с контрольной группой представлено в таблице 11.

Таблица 11 — Сравнение средних значений возраста, стажа работы и показателей субшкал СЭВ в группах специалистов, прошедших супервизию и не прошедших её ( $M \pm m$ )

Группы	Возраст	Стаж	ЭИ1	Д1	РПД1	ЭИ2	Д2	РПД2
Основная n=30	41,8± 1,62	9,0± 1,19	13,9± 1,33	10,2± 0,57	34,6± 1,02	8,1± 0,92	7,4± 0,49	39,0± 0,81
Контрольная n=30	39,0± 1,52	9,3± 1,13	15,23± 1,17	10,8± 0,60	33,2± 0,63	19,1± 0,96	11,3± 0,58	32,1± 0,48
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

ЭИ – эмоциональное истощение, Д – деперсонализация, РПД – редукция профессиональных достижений: 1- исследование1, 2 – исследование 2.

Сравнение начальных и конечных результатов показателей СЭВ в контрольной группе по критерию Уилкоксона показало достоверное ( $p < 0,01$ ) нарастание эмоционального истощения и деперсонализации у специалистов, не принимавших участие в супервизии, что дополнительно свидетельствует о необходимости использования супервизии для профилактики и коррекции СЭВ.

## ВЫВОДЫ

1. Самооценка физического здоровья у пациентов с опиоидной наркоманией значимо выше, а психического — значимо ниже, чем у мужчин в популя-

ции. Повторные краткосрочные госпитализации улучшают их физическое состояние, содействуют интенсивности общения с близкими и сохраняют профессиональный статус. Долгосрочные же госпитализации способствуют реалистичной самооценке физического и психического здоровья и улучшают качество межличностного общения.

2. Частота госпитализаций в одно и то же отделение, поддерживающая удовлетворяющее пациента качество жизни, содействует приверженности к системе оказания наркологической помощи. Продолжительность госпитализаций является условием формирования трезвости и основой приверженности долгосрочному лечению. Это позволило предложить два вида приверженности пациентов (к системе оказания помощи и долгосрочному лечению) и связать их с различными критериями эффективности лечения.

3. Для специалистов наркологического стационара характерна выраженная распространенность СЭВ (89,5%) на фоне высокой удовлетворенности собственной работой ( $69,0 \pm 2,12$  балла) и высокой оценки эффективности оказываемой наркологической помощи больным ( $68,6 \pm 2,59$  балла). Сотрудники реабилитационного отделения наименее подвержены риску возникновения у них СЭВ.

4. Среднее значение уровня эмпатии участников лечебной среды относится к заниженному уровню и достоверно не отличается у сотрудников разных отделений, вне зависимости от их профессионального статуса, и больных. Пациенты в своих эмпатических способностях достоверно чаще проявляют интерес к «Другому», сотрудники же чаще используют эмпатические установки и умения создавать доверительную атмосферу. Со временем пребывания в лечебной среде наркологического стационара происходит редукция эмпатии у ее **участников за счет** снижения эмпатических установок у специалистов, а у пациентов — потери интуиции и способности стать на место другого человека и спонтанного интереса к «Другому».

5. В лечебной среде наркологического стационара преобладают негативные когнитивные оценки и переживания. Чем старше становятся сотрудники и

чем дольше работают в занимаемой должности, тем чаще они негативны в когнитивной оценке пациента, реже испытывают позитивные переживания в отделении и положительно оценивают свою профессиональную деятельность, но при этом чаще сопереживают пациенту, что отражает редукцию эмпатических способностей и нарастание проявлений СЭВ.

6. Сотрудники в большей степени ориентированы на критерий эффективности наркологического лечения «отказ от употребления психоактивного вещества», чем сами пациенты (79% и 67,8% соответственно). Лишь 29,5% сотрудников предпочли критерий «улучшение качества жизни». Ожидания результатов госпитализации у персонала и пациентов не совпадают, 19,6% последних не связывают свои ожидания с лечением от наркомании. Данное противоречие свидетельствует о ситуации неадекватных заказов, свойственной наркологической практике.

7. Слушатели-специалисты психиатрического профиля имеют преимущественно заниженный и средний уровни эмпатии. В ходе обучения происходит ее нарастание у мужчин за счет развития спонтанного интереса к пациенту, а у женщин — роста интуиции и идентификации, что подтверждает возможности учебной среды в развитии эмпатических способностей.

У 66,8% слушателей выявлены проявления СЭВ на фоне удовлетворительного актуального психического состояния. В ходе обучения отмечен рост показателей деперсонализации в группе женщин и в группе психиатров, однако слушатели с первоначально высокими и очень высокими значениями СЭВ имели достоверно более низкие его показатели в конце обучения по субшкалам деперсонализация (женщины) и эмоциональное истощение (мужчины и женщины).

8. Развитие СЭВ у специалистов психиатрического профиля начинается с роста деперсонализации, затем идет рост редукции профессиональных достижений, завершается развитие СЭВ выраженным эмоциональным истощением. Эмпатические способности имеют гендерную обусловленность и служат как факторами риска, так и факторами его профилактики, что указывает на неодно-

значную взаимосвязь между СЭВ и эмпатией и требует навыка осознания при использовании последней.

9. Редукция деперсонализации у участников групп личностного роста происходит за счет развития способности к идентификации и роста эмпатических установок, а у получивших опыт личной супервизии — за счет развития проникающей способности и интуиции, что свидетельствует о разных фокусах психотерапевтического воздействия саногенных учебных факторов.

10. Отмечена достоверная позитивная динамика средних значений субшкал СЭВ у участников групповой супервизии: снижение эмоционального истощения (с  $13,9 \pm 1,33$  до  $8,1 \pm 0,92$  балла) и деперсонализации (с  $10,2 \pm 0,57$  до  $7,4 \pm 0,49$  балла), рост профессиональной успешности (с  $34,6 \pm 1,06$  до  $39,0 \pm 0,81$  балла), снижение интегрального показателя СЭВ (с  $5,5 \pm 0,27$  до  $4,3 \pm 0,15$  балла). Достоверная редукция всех проявлений СЭВ ( $p < 0,001$ ) в сравнении с контрольной группой подтверждает саногенный потенциал супервизии в коррекции СЭВ.

### **Практические рекомендации**

1. Необходимо информировать сотрудников о целях и задачах супервизии, внедрять супервизию в работу наркологических учреждений на регулярной основе и включать в группу средний и младший медицинский персонал.

2. Следует использовать в системе непрерывного дополнительного профессионального образования специалистов психиатрического профиля супервизию и группы личностного роста для формирования навыка осознания использования эмпатических способностей.

3. Рассматривать факт повторных регулярных госпитализаций в одно и тоже наркологическое отделение как показатель сформированной приверженности к системе оказания наркологической помощи (этап вовлечения), который не только способствует улучшению качества жизни пациента, но и создает условия для формирования приверженности долгосрочному лечению (удержание).



4. Учитывать как критерии формирования приверженности и эффективности стационарного лечения: повторные госпитализации в одно и то же отделение, число пациентов, удерживающихся в отделении более 7 дней и выписанных по плану, снижение количества отказов и эпизодов нарушения режима.

5. Выстраивать мотивационную работу с пациентами повторного и краткосрочного пребывания на основе признания их актуальных потребностей и их ожиданий от госпитализации.

6. Включать тренинги по развитию эмпатических способностей у пациентов в программу реабилитации, что позволит преодолеть дефицит эмпатической среды наркологического стационара и создаст возможность для осознания собственных потребностей и связанных с ними намерений и действий.

7. Сохранять психическое здоровье помогающих специалистов, внедрять мероприятия по его профилактике, что обеспечит повышение эффективности оказания наркологической помощи.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

#### ***Статьи, опубликованные в журналах, определенных перечнем ВАК***

1. Городнова М.Ю. Особенности семейных факторов формирования и поддержания дезадаптивного поведения у подростков с героиновой наркоманией / М.Ю. Городнова // Практическая медицина. – 2009. – №6 (38). – С 95–99.

2. Городнова М.Ю. Исследование отношения медицинского персонала к пациентам и организации наркологической помощи в стационаре / М.Ю. Городнова // Вопросы наркологии. – 2014. – № 2. – С. 98–105.

3. Городнова М.Ю. Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией / М.Ю. Городнова // Вестник Северо-западного Государственного Медицинского университета им. И.И. Мечникова – 2014. – Т.6., № 3. – С.51–56.

4. Городнова М.Ю. Оценка эффективности лечения, удовлетворенность работой и синдром эмоционального выгорания специалистов в лечебной среде

наркологического стационара / М.Ю. Городнова // Наркология. – 2014. – № 8 (152) – С. 70–75.

5. Городнова М.Ю. Проблемы приверженности на стационарном этапе оказания помощи пациентам с опиоидной зависимостью / М.Ю. Городнова // Неврологический вестник. – 2014. – Т. XLVI, вып. 1. – С. 44–50.

6. Городнова М.Ю. Синдром эмоционального выгорания у специалистов «помогающих» профессий / М.Ю. Городнова // Психическое здоровье. – 2014. – №8. – С. 56– 60.

7. Городнова М.Ю., Точка сближения: 12 шагов и пролонгированный инъекционный налтрексон. Возможности и ресурсы / М.Ю. Городнова, Э.Н. Мубарашкин, Т.С. Залялетдинов // Наркология. – 2014. – № 10 (154) – С. 86–93.

8. Городнова М.Ю. Факторы учебного процесса и динамика эмпатии у специалистов психиатрического профиля / М.Ю. Городнова // Российский семейный врач. – 2014. – Том 18, № 3. – С. 41–45.

9. Городнова М.Ю. Эмпатические способности и синдром эмоционального выгорания у специалистов психиатрического профиля: факторы риска и коррекции / М.Ю. Городнова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2014. – Том 6. – №4. – С. 63–70.

10. Городнова М.Ю. Эмпатические способности специалистов психиатрического профиля и их динамика в ходе обучения в системе последипломного образования / М.Ю. Городнова // Российский семейный врач. – 2014. – Т. 18, № 2. – С. 20– 23.

11. Городнова М.Ю. Эмпатическое поле лечебной среды наркологического стационара / М.Ю. Городнова // Вопросы наркологии. – 2014. – № 6. – С.73–80.

12. Городнова М.Ю. Эффективность наркологического лечения глазами пациента и специалиста / М.Ю. Городнова // Наркология. – 2014. – № 5 (149) – С. 75–78.

13. Эйдемиллер Э.Г. Психолого-психопатологический статус детей с ВИЧ-инфекцией (в связи с задачами комплайенса и психотерапии) / Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 70–75.

14. Городнова М.Ю. Супервизия специалистов наркологического стационара / М.Ю. Городнова // Наркология. – 2015. – № 5. – С. 62–66.

15. Городнова М.Ю. Психология лечебной среды наркологического стационара / М.Ю. Городнова // Наркология. – 2015. – № 9. – С. 62–69.

16. Городнова М.Ю. Теория поля в современной психологии и психотерапии / М.Ю. Городнова // Психическое здоровье. – 2016. – № 1. – С. 56–65.

***Учебно-методические пособия, руководства, практикумы***

17. Городнова М.Ю. Проблемы ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациентов и особенности оказания им мультидисциплинарной помощи (глава в руководстве) / М.Ю. Городнова // Руководство для мультидисциплинарных команд по формированию приверженности к ВААР. – СПб.: СПб РОО «Возвращение», 2009. – С. 31–35.

18. Александрова Н.В. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова, Э.Г. Эйдемиллер. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.

19. Городнова М.Ю. Модель краткосрочной бифокальной семейно-групповой психотерапии (МКБСГПТ) наркозависимых подростков и молодых взрослых (глава в практикуме) / М.Ю. Городнова // Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: учебное пособие для врачей и психологов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – 2-е, изд. испр. и доп. – СПб.: Речь, 2010. – С. 344–378.

20. Городнова М.Ю. Когнитивная психотерапия в работе с наркологическими больными: учебное пособие / М.Ю. Городнова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 48 с.

21. Городнова М.Ю. Семейная психотерапия в лечении наркологических больных: учебное пособие / М.Ю. Городнова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 24 с.

22. Городнова М.Ю. Супервизия и самосупервизия врачей и психологов: учебно-методическое пособие / М.Ю. Городнова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 36 с.

### *Другие научные публикации*

23. Городнова М.Ю. Проблемы вовлечения и удержания ВИЧ-позитивных лиц в системе оказания им помощи и поддержки / М.Ю. Городнова // Психическое здоровье. – 2006. – № 8. – С. 34–38.

24. Городнова М.Ю. Психотерапевтические мишени при формировании приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии у больных героиновой наркоманией с ВИЧ/СПИДом / М.Ю. Городнова // Психотерапия. – 2008. – № 3(63). – С. 45 – 49.

25. Городнова М.Ю. Проблемы воспитания в семьях больных наркоманией / М.Ю. Городнова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – № 2. – С. 69–74.

26. Александрова Н.В. Супервизия в практике последипломной подготовке клинического психолога, психотерапевта и психиатра / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова // Сборник Материалов международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение». – СПб.: ООО «САНСОР», 2010. – С.152–154.

27. Александрова Н.В. Модель обучающей супервизии в практике последипломной подготовки детского психиатра / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова // IX Мнухинские чтения: сборник материалов научно-практической конференции. – СПб., 2010. – С. 13–18.

28. Alexandrova N. The supervision in psychotherapy and psychiatry (тезисы, англ.) / N. Alexandrova, M. Gorodnova // Тезисы конгресса Traditions and innovations in psychiatry. WPA regional meeting materials, 10-12 June - St. Petersburg, 2010. – P. 212–213.

29. Городнова М.Ю. Сравнительный анализ когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии / М.Ю. Городнова, И.Л. Коломиец // Ананьевские чтения: сборник материалов международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 19-21 октября 2010. – СПб.: Изд. СПбГМА, 2010. – С.541–543.

30. Александрова Н.В. Особенности супервизии в последипломной подготовке психотерапевтов / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, 3-4 февраля 2011 г., Санкт-Петербург. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – С.15–16.

31. Александрова Н.В. Проблемы супервизии в детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 24-25 ноября, 2011 г. – М., 2011. – С. 207–214.

32. Городнова М.Ю. Бифокальные модели семейно-групповой психотерапии семей с больными наркоманией / М.Ю. Городнова // Психология человека в современном мире. Социально-психологические проблемы современной семьи и воспитания: материалы Международной научно-практической конференции, 1-2 октября 2011 г. – М.: Изд-во Свято-Сергиевская православная богословская академия, 2011. – С. 178–183.

33. Городнова М.Ю. Семейная психотерапия в мультидисциплинарном сопровождении детей наркозависимых семей с ВИЧ-позитивным статусом (опыт реализации российско-французского проекта «Семейный клуб», СПб РОО «Возвращение» – Каритас) / М.Ю. Городнова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 2 (39). – С. 194–195.

34. Городнова М.Ю. Социально-психологические характеристики семей с ВИЧ-позитивным статусом / М.Ю. Городнова // Семья в социокультурном пространстве: сборник статей / под общей редакцией Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та. 2011. – С. 61–65.

35. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] / М.Ю. Городнова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru>. Дата обращения: 01.10.2012.

36. Городнова М.Ю. Принципы вовлечения резистентных семей в семейную психотерапию и поддержания приверженности к ней / М.Ю. Городнова // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга: сборник статей участников III международной научно-практической конференции, СПб, 25 апреля 2012 г. – СПб., 2012. – С. 67–70.

37. Городнова М.Ю. Работа с семьей как компонент лечебной среды в работе с наркозависимыми / М.Ю. Городнова // Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства, тезисы научно-практической конференции / под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупицкого – СПб., 2012. – С. 36–37.

38. Городнова М.Ю. Современные модели семейной психотерапии семей больных наркоманией (клиническая лекция) [Электронный ресурс] / М.Ю. Городнова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru>. Дата обращения: 01.10.2012.

39. Городнова М.Ю. Эмпатические способности у будущих специалистов по адаптивной физической культуре / М.Ю. Городнова // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2012. – № 3 (49): Тезисы докладов XVII Российского национального конгресса «Человек и его здоровье», 24–27 октября 2012, Санкт-Петербург. – С.183.

40. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы теории и практики супервизии врачей-психотерапевтов и медицинских психологов (в парадигме гештальт-терапии) [Электронный ресурс] / М.Ю. Городнова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 6 (17). – URL: <http://medpsy.ru>. Дата обращения: 01.02. 2013.

41. Городнова М.Ю. Проблемы формирования приверженности к системе оказания мультипрофессиональной помощи у ВИЧ-инфицированных наркозависимых женщин / М.Ю. Городнова // ВИЧ-инфекция у женщин и детей. Актуальные вопросы совершенствования профилактики, диагностики и лечения: сборник статей и тезисов. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2013. – С.42–49.

42. Городнова М.Ю. Эмпатические способности специалиста как важный элемент лечебной среды / М.Ю. Городнова // XI Мнухинские чтения. Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде. – СПб., 2013. – С.128–132.

43. Александрова Н.В. Психологические и психопатологические характеристики детей с ВИЧ-инфекцией (в связи с задачами комплайенса и реабилитации) / Н.В. Александрова, Е.Е. Воронин, М.Ю. Городнова и др. // Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы: материалы конференции. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2014. – С. 31–40.

44. Городнова М.Ю. Интеграция современных психологических теорий и технологий как основа эффективного преподавания психотерапии / М.Ю. Городнова, Э.Г. Эйдемиллер // Российские традиции в современной психотерапии и психиатрии: тезисы научно-практической конференции, посвященной памяти Б.Д. Карвасарского, 31 января –1 февраля 2014 г. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014. – С. 26.

45. Городнова М.Ю. Семейный клуб как форма реабилитации «наркозависимых» семей с детьми / М.Ю. Городнова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2014 – № 1. – С.57–64.

46. Городнова М.Ю. Синдром эмоционального выгорания у будущих специалистов по адаптивной физической культуре / М.Ю. Городнова // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2014. – № 3 (57): Специальный выпуск. – С. 92–93.

47. Городнова М.Ю. Факторы учебного процесса и динамика эмпатических способностей специалистов психиатрического профиля в ходе обучения на циклах последипломного образования / М.Ю. Городнова // *Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием* / под ред. Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. – СПб., 2014. – С. 91.

48. Городнова М.Ю. Эффективность оказания наркологической помощи глазами пациентов и специалистов наркологического стационара / М.Ю. Городнова // *Российские традиции в современной психотерапии и психиатрии: тезисы научно-практической конференции, посвященной памяти Б.Д. Карвасарского, 31 января – 1 февраля 2014 г.* – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014. – С. 25.

49. Эйдемиллер Э.Г. Интегративный подход в разработке современных методов и моделей психотерапии / Э.Г. Эйдемиллер, М.Ю. Городнова // *Российские традиции в современной психотерапии и психиатрии: тезисы научно-практической конференции, посвященной памяти Б.Д. Карвасарского, 31 января – 1 февраля 2014 г.* – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014. – С. 110.

50. Городнова М.Ю. Лечебная среда и лечебный процесс в современных исследованиях (обзор литературы) / М.Ю. Городнова // *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн.* – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>. Дата обращения: 21.09.2015.

51. Городнова М.Ю. Пролонг налтрексона как фактор удержания лечебной среды в системе наркологической помощи / М.Ю. Городнова // *XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова.* – СПб.: Альта Астра, 2015. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM). – С. 374–375.



52. Городнова М.Ю. Профессиональное здоровье и необходимые компетенции в помогающих профессиях / М.Ю. Городнова // Физическая реабилитация в спорте, медицине и адаптивной физической культуре: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 июня 2015 г.: В 2 ч. – СПб.: Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, 2015. – Ч.1. – С. 20–26.

53. Городнова М.Ю. Психологические аспекты и отдельные методики медико-социального сопровождения семей, затронутых ВИЧ/СПИД / М.Ю. Городнова, Э.Г. Эйдемиллер // Актуальные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку: материалы международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 10–11 июня 2015 г. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2015. – С. 57–67.

54. Городнова М.Ю. Саногенные факторы учебного процесса в последипломной подготовке кадров для службы психического здоровья / М.Ю. Городнова // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) . –С. 602–603.

55. Городнова М.Ю. Эмпатические способности как основа рабочего альянса // Спорт, человек, здоровье: сборник материалов VII международного научного конгресса, Санкт-Петербург, 27-29 октября 2015 г. – СПб., 2015. – С. 303–305.

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

Д – деперсонализация

ИдК – идентификация в эмпатии

ИК – интуитивный канал эмпатии

ИП – интегральный показатель синдрома эмоционального выгорания

ПАВ – психоактивное вещество

ПС – проникающая способность

ПУ – профессиональная успешность

РК – рациональный канал эмпатии

РПД – редукция профессиональных достижений

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

У – установки, способствующие действию всех эмпатических каналов

УР – удовлетворенность работой

ЭИ – эмоциональное истощение

ЭК – эмоциональный канал эмпатии

ЭНП – эффективность наркологической помощи