

**ФЕДЕРАЛЬНО ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*На правах рукописи*

**ГОРОДНОВА  
Марина Юрьевна**

**ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ НА МОДЕЛИ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Специальность 19.00.04 — медицинская психология

Диссертация  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Научный консультант:  
доктор медицинских наук, профессор  
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич

Санкт-Петербург

2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение - - - - -	5
ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР - - - - -	17
1.1. Лечебная среда и лечебный процесс - - - - -	17
1.2. Теория поля в современной психологии - - - - -	28
1.2.1. Анализ существующих систем психологии - - - - -	28
1.2.2. Развитие теории поля в психологии: от контекста к ситуации - - - - -	30
1.2.3. Теория ситуаций - - - - -	40
1.2.4. Диалог - - - - -	42
1.3. Эмпатия в помогающей специальности- - - - -	44
1.3.1. Современные представления об эмпатии в психологии и психотерапии - - - - -	45
1.3.2. Исследования эмпатии у специалистов помогающих профессий - - -	47
1.4. Синдром эмоционального выгорания у специалистов лечебной среды-51	
1.4.1. Модели эмоционального выгорания- - - - -	51
1.4.2. Изучение эмоционального выгорания у специалистов лечебной среды - - - - -	53
1.5. Приверженность лечению у больных наркологического профиля - -	62
ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИИ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ - - - - -	69
ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ- - - - -	85
3.1. Характеристика участников исследования - - - - -	85
3.2. Методы исследования- - - - -	89
ГЛАВА 4. УЧАСТНИКИ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ - - - - -	97
4.1. Пациенты наркологического стационара - - - - -	97
4.1.1. Приверженность пациентов лечению на стационарном этапе оказания помощи - - - - -	97
4.1.2. Приверженность стационарному лечению и факторы, связанные с симптоматическим и функциональным статусом пациента, идентифицированные с помощью опросника «Профиль аддикции» - - -	108

4.1.3. Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией - - - - -	115
4.2. Сотрудники наркологического стационара - - - - -	124
4.2.1. Синдром эмоционального выгорания у сотрудников наркологического стационара - - - - -	124
4.2.2. Оценка эффективности наркологической помощи и удовлетворенность работой сотрудников наркологического стационара-	126
ГЛАВА 5. ПОЛЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ - - - - -	132
5.1. Критерии эффективности лечения в наркологии - - - - -	132
5.2. Установки сотрудников наркологического стационара в плане оказания наркологической помощи - - - - -	138
5.3. Эмпатическое поле в наркологическом стационаре - - - - -	142
ГЛАВА 6. САНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА - - - - -	154
6.1. Эмпатические способности специалистов психиатрического профиля, их динамика и коррекция в ходе обучения в системе последипломного образования - - - - -	154
6.2. Исследование актуального психического состояния слушателей - - -	162
6.3. Исследование профессиональных качеств психотерапевта - - - - -	165
6.4. Синдром эмоционального выгорания специалистов психиатрического профиля его динамика и коррекция в ходе обучения в системе последипломного образования - - - - -	167
6.5. Взаимосвязь между проявлением синдрома эмоционального выгорания и эмпатическими способностями, психоэмоциональным состоянием специалиста и его психотерапевтическими навыками - - - - -	182
ГЛАВА 7. СУПЕРВИЗИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА - - - - -	206
8. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ- - - - -	221
9. ВЫВОДЫ - - - - -	243
10. Практические рекомендации - - - - -	245

11. СПИСОК СОКРАЩЕННЫХ ТЕРМИНОВ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ - - - - -	246
12. СПИСОК ТЕРМИНОВ - - - - -	247
13. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ - - - - -	251
14. ПРИЛОЖЕНИЯ - - - - -	308

## Введение

### **Актуальность темы исследования и степень ее разработанности**

Основная цель, стоящая перед специалистами наркологической службы, это повышение эффективности оказания лечебно-профилактической помощи на основе оптимизации лечебной среды и лечебного процесса. Продолжая традиции ученых XX века Н.Н. Петрова, С.С. Вайля, Д.И. Писарева, И.А. Кассирского, Г.И. Царегородцева, В.Н. Мясищева, М.С. Лебединского, М.М. Кабанова, Б.Д. Карвасарского, В.А. Ташлыкова, И.Н. Гурвича, В.П. Андропова, В.Ю. Меновщикова, И. Харди и многих других, современные исследователи делают объектом своего интереса взаимодействие участников лечебного процесса и факторов, влияющих на него (Карвасарский Б.Д., 2005, 2014; Миндубаев И.В., 2007; Рындина В.В., 2008; Скотенко О.Л., 2010; Вьюнова Т.С., 2011; Селезнев С.Б., 2011), подчеркивается роль диалога во взаимодействии с пациентом (Бабин С.М., 2004; Столин В.В., 2004; Аленинская О.А., 2008; Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., 2011), коммуникативных навыков (Кипиани А.И., 2004; Криченко Е.В., 2006; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В., 2014), эмпатии (Баракат Н.В., 2011; Болучевская В.В., Павлюкова А.И., 2011; Эйдемиллер Э.Г., 2012), показано влияние лечебной среды на здоровье специалистов (Башмакова О.В., 2009; Маргошина И.Ю., Никольская И.М., 2009; Пахтусова Е.Е., 2015).

Развитие биопсихосоциального подхода (Engel G., 1977, 1980; Borrell-Garrigó Fr., 2004) на основе современной теории поля в гештальт-терапии позволило переосмыслить существующую до настоящего времени концепцию лечения терапевтической средой (Кабанов М.М., 1998, 2001; Карвасарский Б.Д., 2005; Ayllon T., 1965; Jones M., 1966; Ploeger A., 1972; Fairweather G.W., 1969; Gunderson J. G., 1978; Kernberg O. F., 1994) и предложить новую теоретическую концепцию психологии лечебной среды, обеспечивающую эффективность практической деятельности. Будучи логическим продолжением становления современных систем психологии, развивающихся от причинно-следственного

детерминизма к контекстуальному интеракционизму и смещающихся в сторону гуманитарно-экологической ориентации и интерперсонального взаимодействия (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. Философско-клиническое пространство позволяет акцентировать внимание на проблеме целостности, ценностей, ответственности, гуманного отношения к больному, обеспечивая прикладной и научный характер поиска современной психиатрии и психотерапии (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Власова О.А., 2010; Воробьева Л.И., 2013; Appelbaum P., 2004; Schramme Th., Thome J., 2004; Marinoff L., 2004), что особенно необходимо на фоне десубъективизации психически больных и отчасти дегуманизации психиатрической помощи (Полищук Ю.И., Летникова З.В., 2013; Cain D.J., 2010), сопровождающейся потерей эмпатии у специалистов (Naque O.S., Waytz A., 2013; Lebowitz M.S., Ahn W., 2014).

Остаются неизменными современные проблемы, затрагивающие участников лечебной среды наркологического стационара, с одной стороны, низкая приверженность к лечению и его низкая эффективность (Саранков Ю.А., 2005; Ерофеева М.Г., 2006; Дудко Т.Н., 2007; Миндубаев И.В., 2007; Бойко Е.О., 2008; Белокрылов И.В., 2008; Винникова М.А., 2009; Городнова М.Ю., 2004, 2008; Зобин М.Л., 2009; Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2010; Голощапов И.В., 2010; Кузнецов А.Г., 2010; Миназов Р.Д., 2010), с другой — распространенность синдрома эмоционального выгорания у специалистов наркологического профиля (Сидоров П.И., 2005; Лозинская Е.И., 2007; Лукьянов В.В., 2007; Постнов В.В., 2010; Малыгин В.Л. и соавт., 2011; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2014; Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2013; Пахтусова Е.Е., 2015). Обе проблемы рассматриваются нами как взаимно обуславливающие друг друга характеристики одного полевого процесса, что подтверждается обнаруженными взаимосвязями между ними (Строкова Е.В. и соавт., 2013; Лозинская Е.И. и соавт., 2014). Несмотря на активные поиски способов формирования приверженности (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008, 2012; Ялтонский В.М.,

2009; Колпаков Я.В., 2011; Софронов А.Г., 2012; Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г. и соавт., 2013; Крупицкий Е.М., Nunes E. V., Ling W., и соавт., 2013; Тучин В.П., 2014), а также способов профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), лежащего в основе редукции субъект-субъектных отношений (Елдышова Е.А., 2007; Волобаев В.М., 2009; Таткина Е.Г., 2010; Сидоров П.И., 2014), обе проблемы требуют дальнейшего исследования.

Одной из главных основ формирования СЭВ является неудовлетворенность специалиста результатами своей работы, базирующаяся на оценке эффективности лечения (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2009), которая в наркологической практике определяется критерием годовой ремиссии. Данный критерий противоречит течению и развитию хронического рецидивирующего заболевания и трудно сочетается с принципиальным отсутствием возможности выздоровления этих больных, более 85% пациентов наркологических клиник заранее «обречены на неуспех» лечения согласно этому критерию (Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2001; Егоров А.Ю., Зобин М.Л., 2011; Руководство по наркологии под ред. Н.Н Иванца, 2008; Менделевич В.Д., 2012). Формирование полной и длительной трезвости — трудновыполнимая и поэтапная задача (Катков А.Л., 2011; Крупицкий Е.М. и соавт., 2012; Илюк Р. Д., и соавт., 2013). Такой подход в оценке эффективности наркологического лечения является патологизирующим одновременно 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, участвующих в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах (Зобин М.Л., Егоров А.Ю., 2008; Соловова Н.А., 2009; 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. Критерием его эффективности может служить качество жизни, что соответствует признанному критерию лечения психически больных. В противовес низкой социальной поддержке, имеющейся у данной категории больных (Городнова М.Ю., 2004; 2010; Шишкова А.М., 2009; Зобин М.Л., 2009; Брыжахина Ж.Д., 2010; Баранок Н.В., 2013) среда наркологического стационара может быть рассмотрена как средовой ресурс формирования адаптивного копинг-поведения в совладании с болезнью и ее последствиями.

С позиции теории поля и приверженность, и эмоциональное выгорание есть действия участников среды, порожденные ею в ситуации взаимообусловленного взаимодействия, что требует рассматривать их как процесс, обеспечиваемый свойствами среды, такими как эмпатия. Последняя лежит в основе обеспечения качества контакта, доверия и приверженности лечению, в том числе в наркологической и психиатрической практике (Завалишина Д.Н., 2005; Козленко Е.А., 2010; Баракат Н.В., 2011; Семенова Н.В., 2014; Поддубная Т.В., 2015). Эмпатию изучают как личностное качество (Мельник Е.В., 2007; Терентьев И.А., 2007), способность (Бекренев В.Д., 2008; Дементьев И.А., 2013), характеристику (Вартанян В.М., 2007), фундаментальное условие развития личности и формирования высшей психической функции (Бережковская Е.Л., Радинская Н.Г., 2006; Василюк И.В., 2007; Карягина Т.В., 2013). Но до настоящего времени эмпатия не рассматривалась как свойство лечебной среды, способствующее приближению к актуальной потребности ее участников. Эмпатическая насыщенность среды определяется эмпатией всех присутствующих в ней, что мотивировало исследовать эмпатические способности у всех ее участников. Следует отметить, что подобные работы мало представлены в современной литературе (Панкова М.В., 2003; Козленко Е.А., 2008; Зенцова Н.И., 2009; Петрова Е.В., 2011).

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 новых 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 (Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2010, 2011; Эйдемиллер Э.Г. и соавт., 2015; Carlotto, M.S. et al., 2013).

**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**

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 последипломного 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 полипрофессиональной наркологической помощи, исходя из актуальной потребности пациента в отношении потребления психоактивного вещества (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 обусловленность 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 на кафедре 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.

### **Методология и методы исследования**

В основе методологии исследования лежит биопсихосоциальный подход (Ташлыков В.А., 1986; Кабанов М.М., 1998; Незнанов Н. Г., Крылов В.И., 2000; Бабин С.М., 2006; Кулаков С.А, 2003, 2009; Фролова Ю.Г., 2008; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2008; Никольская И.М., 2012; Рассказова Е.И., Тхвостов А.Ш., 2015; Engel G.L., 1977, 1982; Frommer J, 1994; Bromwyn H., 2000; Borrell-Garrido Fr., 2004; Shorter E., 2005), развиваемый на основе теории поля в современной гештальт-терапии, впитавшей в себя философию диалога (Робин Ж-М., 2004, 2008; Сименс Х., 2008; Погодин И.А., 2014; Perls F., Hefferline, R., Goodman P., 1973; Parlett M., 1997, 2005; Spagnuolo-Lobb M., 2003; Yontef G.M., 2005; Philippon, P., 2006; Staemmler F.M., 2006; Botelho-Alvim M., 2007; Dastur F., 2007; Robine J. M., 2007, 2011, 2015), методология экопсихологии (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 1996, 2008; Панов В.И., 2006, 2011; Шмелева И.А., 2009, 2010) и теория параллельных процессов (Уильямс Э., 2001; 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; Delacroix J.-M. , 2009; Tracey T.J., Bludworth J., Glidden-Tracey C.E., 2012).

Использованы клинико-биографический, клинико-психологический и статистический методы исследования.

### **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 от 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.

### **Степень достоверности результатов**

Степень достоверности результатов исследования обеспечена единой теоретической, методологической и практической реализацией и определяется в соответствии с целью и методами исследования достаточной по объему изучаемой выборки (203 пациента, 105 специалистов наркологического стационара, 270 слушателей кафедры, 64 участника супервизии, 30 специалистов наркологического стационара, представляющих контрольную группу), корректных групп сравнения, использованием комплексного клинико-психологического подхода с применением современных валидных психодиагностических методик и методов статистической обработки.

### **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); заседании Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов (Санкт-Петербург, 2014).

### **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 и учебно-методический комплекс 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).

## ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

### 1.1. Лечебная среда и лечебный процесс

В последнее десятилетие наметился интерес к исследованию психологии лечебного процесса и лечебной среды. Так, по данным анализа диссертационных исследований за 1980–2011 гг. по специальности 19.00.04 — «медицинская психология» 3,3% от их общего числа посвящено изучению психологических аспектов лечебного процесса, при этом 18 работ из 31 приведенных (58%) опубликованы после 2000 года (Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Зотова А.В., 2012.).

Исследование лечебной среды конца XX века главным образом определялось интересом к взаимодействию ее участников и личностных факторов, влияющих на него. Деонтологический подход отражен в работах Г.В. Бурковского, С.С. Вайля, И.А. Кассирского, Н.Н. Петрова, Д.И. Писарева, Н.И. Погибко, Г.И. Царегородцева, влияние личности врача и его квалификации на процесс лечения изучали В.Н. Мясищев, М.С. Лебединский, Р. Конечный и М. Боухал, М.М. Кабанов. Как особое психотерапевтическое средство для повышения эффективности лечения рассматривали отношения врача с больным Б.Д. Карвасарский и С.С. Либих, это нашло отражение в исследованиях посвященных взаимоотношениям врача и больного и их влиянию на процесс психотерапии В.А. Ташлыкова, И.Н. Гурвича В.П. Андропова, В.Ю. Меновщикова, Н.И. Коршунова (Конечный Р., Боухал М., 1983; Ташлыков В.А., 1984, 1997; Карвасарский Б.Д., 2005, 2014).

Проведенный нами анализ исследований, посвященных аспектам лечебной среды и лечебного процесса, позволил выделить следующие направления в их изучении: исследование факторов лечебного процесса и лечебной среды; исследование факторов коммуникации в диаде пациент-специалист; исследование

диалоговой модели отношений в лечебном процессе; исследование здоровья специалистов; выделение и исследование моделей коммуникации в лечебной среде.

***Исследование факторов лечебного процесса и лечебной среды.*** Небольшое количество работ, посвященных рассмотрению лечебной среды как совокупности факторов, подвигло нас начать свой обзор с обращения к не теряющей своей актуальности фундаментальной работе по психологии лечебного процесса венгерского психолога И. Харди (1988), книга которого «Врач, сестра, больной. Психология работы с больным» выдержала 5 изданий. Психология обращения с больными рассматривается автором как умение специалистов (сестра, врач) найти путь к созданию нужного контакта с пациентом. Помимо этого, автор подчеркивает важность физической среды, взаимоотношений, коллектива и ухода. Личность сестры и врача, способы работы, манера и умение обращаться с больными, владение практикой психологической работы, по мнению автора, само по себе обладает исцеляющим действием. Лечащий коллектив на высшей ступени своего развития становится коллективом лечебным, оказывающим терапевтическое воздействие на больных за счет психотерапевтически воздействующей среды. Подобные взгляды разделяет В.В. Соложенкина (2003), в его учебнике для студентов вузов «Психологические основы врачебной деятельности указано на значение дистанции, территории, межличностного взаимодействия пациентов между собой и с медицинским персоналом, родственников в построении «медицинской среды».

В основе оптимизации лечебно-диагностического процесса, по мнению Р.В. Грищенко (1997), лежит принцип «управления удовлетворенностью пациента», учет мнения медицинского персонала и пациентов способствует устранению дефектов и повышает медико-организационные возможности лечебных учреждений. Развивая начатое А.М. Карповым (2002, 2004, 2005) антропоцентрическое направление, подобного мнения придерживается И.В. Миндубаев (2007). На примере оказания наркологической помощи в республике Татарстан автор провел медико-социологическое исследование мнений

участников лечебного процесса и показал, что организация лечения в наркологическом стационаре не удовлетворяет многие потребности больных и их родственников, не соответствует иерархической структуре материальных, социальных и духовных потребностей большинства врачей и медицинских сестер. Выявлена высокая неудовлетворенность больных качеством лечения. К его недостаткам по мере убывания отнесены: рассогласованность звеньев лечебного процесса, дефицит внимания и эмпатии со стороны медицинского персонала при его малой численности для создания индивидуального подхода в лечении, низкая эффективность лечения, низкая дисциплина и отсутствие порядка в отделении, недостаточное качество питания, плохие бытовые условия стационара. Родственники больных указали на: нехватку времени у медицинского персонала для работы с больными, неудовлетворительную организацию труда, дефицит профессионализма и личной организованности специалистов. Специалисты дали негативную оценку условиям труда и формы его организации: постоянное пребывание в стрессовом состоянии, приводящее к профессиональному выгоранию. Выявленные статистически достоверные различия в структуре мотивационно-потребностных составляющих профессиональной деятельности врачей и медсестер указывают на дезинтеграцию лечебного процесса. Для улучшения деятельности наркологической службы, по мнению пациентов и их родственников, наряду с внедрением современных методов лечения, улучшением материальной базы и бытовых условий стационара, необходимо оптимизировать взаимодействия «врач — пациент — родственник», что должно сопровождаться большим вниманием и эмпатией со стороны врачей, медсестер и психологов. Заинтересованные в повышении профессионализма врачи и медицинские сестры, связывают оптимизацию работы наркологической службы в основном с внешними организационными факторами.

***Исследование факторов коммуникации в диаде пациент — специалист.***

Рост научного интереса в конце прошлого века к изучению копинг-стратегий и копинг-поведения не обошел вниманием и поле изучения аспектов психологии лечебного процесса. Исследуя копинг-поведение в диаде врач — соматический

больной, А.А. Чазова (1998) показала, что недостаток развития переменных копинг-поведения врача не позволяет компенсировать ресурсные возможности больного ресурсными возможностями врача, это усиливает степень рассогласованности между требованиями терапевтической ситуации и психологическими возможностями ее преодоления, увеличивая риск развития дезадаптации в связи с заболеванием.

Сохраняется интерес к исследованию коммуникации, отношениям, личностным особенностям и способностям медицинского персонала, возникающим в диаде врач–пациент. Так работа Л.А. Алексеевой (2002) посвящена изучению коммуникативного потенциала и личностных особенностей медицинского персонала в педиатрической практике. С.В. Монакова (2004), исследуя коммуникативные установки врача во взаимодействии с пациентами, показала необходимость оптимизации коммуникативных взаимодействий в диаде «врач — больной» для обеспечения эффективности лечения больных различных нозологических групп. Основываясь на аксиологическом подходе, автор подчеркнула важность социально-психологического феномена доверия в межличностных отношениях врача и пациента, источником которого выступает авторитет врача.

Проведенные Е.В. Криченко (2006) в акмеологической перспективе исследования смысложизненных стратегий врачей-урологов, показали, что, являясь динамической характеристикой интегральной системы саморегуляции личности, данные стратегии оказывают существенное влияние на профессиональные особенности, что проявляется в самоотношении, коммуникативности, отношении к жизни и профессии. Автор указывает на дезадаптивные коммуникативные особенности респондентов: высокий уровень склонности переделывать и перевоспитывать партнера.

Продолжает тему необходимости развития коммуникативной компетентности как условия профессиональной успешности врача А.И. Кипиани (2006) и С.Б. Селезнев (2011), последний дает рекомендации по взаимодействию с пациентами разного нозологического профиля и возраста.

Т.С. Вьюнова (2011) показала, что отношения между пациентами с невротическими расстройствами и врачами-психотерапевтами в настоящее время носят преимущественно патерналистский характер. Выявлены наиболее частые этические конфликты между ними. Пациенты выражают недовольство недостаточной информированностью о заболевании, особенностях его лечения и прогнозе, опасаются нарушения конфиденциальности, сомневаются в достаточной компетентности и профессионализме врача, ощущают давление во время психотерапии, зависимы от советов врача. Врачи жалуются на вторжение пациентов в их личную жизнь, конфликты и напряженные отношения с родственниками, манипулятивное или агрессивное поведение пациентов. Подобное наблюдение демонстрирует исследование Т.А. Караваевой (2011), часть работы которой посвящена этико-правовым конфликтам в психотерапевтической практике.

Согласно данным В.В. Болучевской и А.И. Павлюковой (2011), полученным на выборке из 30 врачей разных специальностей, респондентам свойствен низкий коммуникативный контроль, который препятствует сотрудничеству как способу урегулирования конфликтов. Показано слабое развитие у врачей рационального, интуитивного, эмоционального каналов эмпатии, а также низкая способность к идентификации, что снижает уровень самоконтроля личности в общении и не позволяет гибко реагировать на изменение ситуации, что в свою очередь ведет к неспособности устанавливать отношения сотрудничества и препятствует урегулированию конфликтов. По мнению авторов, деструктивные стратегии разрешения конфликтов, слабое развитие эмпатии и высокий уровень личностной тревожности, могут, как способствовать, так и препятствовать установлению эффективного контакта с коллегами и пациентами, что определяется конкретной ситуацией взаимодействия.

Представления врачей о качествах, обеспечивающих эффективное взаимодействие с пациентом, рассмотрены в работе Н.В. Курылевой (2012). Автор делает вывод о значимом разногласии между тем, насколько значимыми свои профессиональные качества считают сами врачи, и тем насколько, согласно

представлениям пациентов, эти качества у них выражены, что, по мнению автора, требует большего внимания к психологической подготовке врачей. Согласно исследованию по мере становления в профессиональной деятельности специалист утрачивает свою эмоциональную направленность. Несмотря на желание врачей выстраивать позитивные и эффективные контакты с больными, им для этого не хватает умения.

*Исследование диалоговой модели отношений в лечебном процессе.*

Развитие гуманистического подхода в отечественной медицине не обошло вниманием интерес к диалоговой модели общения в системе врач-пациент, и нашло свое отражение в исследовании А.А. Бодалева (1995, 2002), посвященном проблеме взаимоотношений врача, профессионального общения, ролевому поведению и эмпатической коммуникации в диадическом типе общения.

Беседа как метод, относящийся к диалогическим техникам, рассматривается В.В. Столиным (2004). В ходе беседы психолог (специалист) вступает в непосредственный вербально-невербальный контакт с обследуемым, и специфические особенности этого контакта позволяют достичь наилучших диагностических результатов. В представлениях Б.В. Иовлева и О.Ю. Щелковой (2011) сама беседа является психодиагностической методикой.

По мнению С.М. Бабина (2004) диалоговая позиция является единственно возможной и соответствующей современной гуманистической психиатрии, являясь составляющей любого лечения — комплайнс-терапии, обеспечивающей формирование подлинного сотрудничества пациента и специалиста. Только психотерапевтическая атмосфера лечебной среды, создающая условия для формирования качественно новых стабильных, глубоких и достаточно эмпатичных взаимоотношений с окружающими, создает возможности для пациента отказаться от привычных патологических защит и способов поведения. Автор подчеркивает особую важность подобных отношений в периоды обострения психотической симптоматики, в этом случае терапевтическая среда показывает пациенту, что его понимают и принимают глубоко регрессивным. Восстановлению границ «Я» способствует терапевтическая обстановка, четко

структурирующая окружающую пациента реальность, а лечебные мероприятия восполняют психологические функции до тех пор, пока они самостоятельно не разовьются или не восстановятся пациентом. Автор указывает на значимость психотерапевтических программ, их интеграция в терапию средой возможна лишь, если терапевтический коллектив является единой структурой, осознающей и принимающей подобные аспекты терапии. Все сказанное справедливо и в отношении среды наркологического стационара.

Продолжая тему диалогического общения в диаде врач-пациент, Т.В. Константинова (2006) исследовала особенности коммуникативных установок хирургов, неврологов, терапевтов во взаимодействии с больными. Автор показала, что преобладают авторитарная, манипулятивная и индифферентная направленность, а диалогическая направленность не свойственна исследованным респондентам. Социально-психологический тренинг по развитию навыков конструктивного взаимодействия в диаде «врач-больной» способствовал формированию диалогической направленности в коммуникации.

По мнению О.А. Аленинской (2008) недостаточный уровень развития гуманистической концепции пациента у врача не обеспечивает необходимый субъект-субъектный тип взаимодействия с пациентом. Условиями развития данной концепции у врачей, по мнению автора, являются формирование у него системы гуманистических ценностей, взаимодействие с пациентом на их основе, а также реализация принципов центрирования на пациенте.

В работе И.Ю. Маргошиной (2008), посвященной изучению взаимоотношений с клиентом у врачей и психологов, показана разница во взаимодействии психотерапевтов, врачей (интернистов) и психологов с клиентами. Доминирующая позиция в отношениях свойственна всем специалистам, но если в отношениях с клиентом у психологов имеется контакт, то у врачей и психотерапевтов имеются нарушения в этом аспекте. Отмечена разница в акценте взаимоотношений: профессиональный акцент свойственен врачам и психотерапевтам, а личностный — психологам. Для врачей, в отличие от других специалистов, характерно снижение эмоционального фона в оценке себя и

клиента; для психотерапевтов — позитивный настрой в отношении себя и снижение эмоционального фона в отношении к клиенту; для психологов позитивное отношение к себе и клиенту. Позитивное отношение к себе и клиенту у всех специалистов положительно взаимосвязано с партнерской позицией и наличием контакта, и отрицательно — с доминирующей позицией и негативным фоном во взаимодействии.

Н.В. Баракат (2011) рассматривает врачебную деятельность как системное институциональное, структурированное образование, которое воплощается в действиях на макро-, мезо- и микроуровнях для получения результата, в соответствии с поставленной целью и средствами, действие осуществляется в диалоговой форме на условиях равноправия и ценностного обмена. Оптимизируют отношения в диаде «врач — больной» психологическая совместимость, доверительные отношения, способность к эмпатии, ассертивность, ценностное отношение к жизни пациента. Особенно важно наличие у врача качеств, соответствующих представлению больного об идеальном враче: милосердие, сочувствие, компетентность, коммуникабельность, ответственность. В этом случае «личностные смыслы», управляющие поведением и действиями врача, осознанно согласуются с чувствами и стремлениями пациента, становясь действенными факторами лечения.

*Исследование здоровья специалистов.* Ряд современных исследований раскрывают вопросы психического и соматического здоровья самих специалистов. В работах И.Ю. Маргошиной и И.М. Никольской (2009), посвященных данной теме, обнаружено, что выраженность физических жалоб и симптоматики синдрома эмоционального выгорания у врачей-психотерапевтов и психологов достоверно выше, чем у врачей других специальностей, при этом у психологов в наибольшей степени. Психотерапевты чаще предъявляют сердечные жалобы, психологи — жалобы на истощение, врачи соматического профиля — ревматические жалобы.

Продолжая эту тему, О.В. Башмакова (2009) исследовала клинко-социальные особенности невротических расстройств врачей и педагогов,

работающих с психически больными. Наибольшая распространенность невротических нарушений, как в форме отдельных симптомов, так и синдромально очерченных (в том числе и в форме истерического реагирования) отмечена у коррекционных педагогов. Преобладание отдельных астенических симптомов невротического регистра, оформленных в астенический синдром, и не обнаруживших связи со стажем выявлено у психиатров. У врачей и педагогов, не связанных с оказанием помощи психически больным, выявлено преобладание примитивных истерических форм нервно-психического реагирования. С увеличением стажа профессиональной деятельности психиатры легче формируют контакт с больными олигофренией, деменцией, хроническим алкоголизмом, наркоманией, что, по мнению О.В. Башмаковой, обусловлено меньшими эмоциональными затратами в общении.

Ю.А. Россинский, В.Я. Семке и Н.В. Асланбекова (2008) исследовали качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля Казахстана, рассматривая синдром эмоционального выгорания как профессиональную деформацию. Авторы показали распространенность тревожно-фобических, аффективных расстройств настроения, органических психических расстройств, а также представленность случаев зависимости и злоупотребления кофеином, табаком, алкоголем среди изучаемого контингента. Описаны биологические, психологические, социальные и профессиональные факторы риска и превенции данных расстройств.

*Исследование моделей коммуникации лечебного процесса.* Исследуя особенности построения взаимоотношений в лечебном процессе в онкологической практике, Е.В. Шпаковская (2009) подчеркивает два полюса изучения: ориентация на личность и ориентация на среду, автор рассматривает различные модели построения беседы врач-больной. Изучая модели взаимоотношений пациента и медицинского персонала онкологического диспансера, В.В. Рындина (2008) выявила основные переменные, определяющие отношения пациентов и медицинского персонала, на основе которых построена дискриминантная модель комфортности пребывания в стационаре. Пациент в

96,6% будет чувствовать себя комфортно из-за прекрасного отношения медицинского персонала при следующих условиях: наличие оптимальных параметров модели; позитивной оценке психологического климата и медицинской помощи; ориентации на общение с другими пациентами; отсутствие конфликтов с родными и близкими.

Выделив патерналистскую, техницистскую, коллегиальную и контрактную модели взаимоотношений врача и пациента О.Л. Скотенко (2010), изучила данные модели на материале офтальмологической практики. Автор показала, что коллегиальная модель, как наиболее эффективная, не находит поддержки ни у врачей, ни у пациентов. Установки пациентов в отношении модели взаимоотношений с врачом зависят от типа их внутренней картины болезни.

*Теоретико-методологические подходы в изучении лечебной среды и лечебного процесса.* Теоретико-методологическое обоснование представленных работ основано на множестве подходов от этико-правового (Вьюнова Т.С., 2011), до аксиологического (Монакова С.В., 2004; Баракат Н.В., 2013) и акмеологического (Бодалев А.А., 1998; Кипиани А.И., 2006; Криченко Е.А., 2006; Аленинская О.А., 2008) подходов. С позиции транзакциональной теории стресса и копинга проведены исследования А.А. Чазовой (1998), Е.Б. Одерешевой (2000), субъектно-деятельностный подход реализован А.И. Кипиани (2006), О.А. Аленинской (2008) и Н.В. Курылевой (2011), интересубъективный — Алексеевой Л.А. (2002), С.В. Монаковой (2004) и А.И. Кипиани (2006). На основе антропоцентрического пациент-ориентированного подхода проведены исследования Р.В. Грищенко (1997), Миндубаева И.В. (2007) и Н.В. Баракат (2013). Множество исследователей выбрали системный подход, так на теорию систем опираются Б.А. Ясько (2004), Т.В. Константинова (2006), Е.В. Криченко (2006), В.В. Рындина (2008) и О.Л. Скотенко (2010), последний автор представляет структурно-функциональный подход в изучении психологических аспектов взаимоотношений врач-больной, а И.Ю. Маргошина (2008) опирается на системно-субъектный подход. Биопсихосоциальный подход представлен в исследованиях В.А. Ташлыкова (1997), И. Харди (1988), Б.Д. Карвасарского

(2006), С.М. Бабина (2004, 2006), И.В. Миндубаева (2007), О.В. Башмаковой (2009).

Рассматривая биопсихосоциальную модель Д. Энджела (1977) не только как теоретическую гипотезу, но и как биопсихосоциально ориентированную клиническую практику, позволяющую преодолевать дуализм тела и сознания, причинно-следственную многомерную линейность, отстраненность и дегуманизацию в медицине, Ф. Боррел-Каррио, Р.М. Эпстайн и Л. Сачмен (2006) видят ее развитие на основе системного подхода и социального конструктивизма. Десятилетие, прошедшее с момента написания данной статьи, привнесло новые подходы, подкрепляющие данную модель. Холистические идеи, «человеческое измерение» врачебной деятельности, диалогическая направленность в отношениях на основе эмпатии, самопознания, уважения и интереса, относительная автономность пациента, признание интуиции, — все это находит свое отражение и развитие в современной теории поля и ситуации.

**Заключение.** Исследования лечебной среды в большей степени посвящены изучению взаимодействия между участниками лечебного процесса, преимущественно врач — пациент. Коллектив, взаимодействие пациент — пациент остаются за пределами внимания исследователей. Отмечено преобладание патерналистского, доминирующего стиля коммуникации в отношениях с пациентами, при этом подчеркивается важность и необходимость диалоговой, эмпатической настройки в отношениях пациент-специалист, обеспечивающих эффективность лечебного процесса. Указана необходимость развития коммуникативных навыков участников лечебного процесса и гуманистической концепции пациента у врача.

Теоретические подходы в исследовании лечебной среды и лечебного процесса представлены структурной парадигмой изучения среды и взаимодействия в ней, отсутствуют исследования с позиции теории поля в современной психологии, базирующейся на процессуальной парадигме, что определило наш выбор обратиться к современной теории поля, развивающую и поддерживающую биопсихосоциальную модель в медицине.

## **1.2. Теория поля в современной психологии**

### **1.2.1. Анализ существующих систем психологии**

Развитие теории поля в психологии идет параллельно с развитием современных систем психологии, которые, по мнению Н. Смита (2003), развиваются от причинно-следственного детерминизма к контекстуальному интеракционизму, все более смещаясь в сторону гуманитарно-экологической ориентации и интерперсонального взаимодействия с увеличением интереса к экологическому и ситуационному подходам (Шмелева И.А., 2010). Подобную точку зрения находим у Д. А. Леонтьева (2007), согласно которой развитие современной психологии идет от классической к неклассической психологии; от психологии как естественной науки к психологии как гуманитарной дисциплине, при этом они не противостоят, а взаимно дополняют друг друга. Автор выделяет семь направлений современных неклассических изменений психологии:

- от поиска знаний к социальному конструированию;
- от монологизма к диалогизму;
- от изолированного индивида к жизненному миру;
- от детерминизма к самодетерминации;
- от потенциализма к экзистенциализму;
- от количественного подхода к качественному;
- от констатирующей стратегии к действенной.

Объектами исследования являются сложные саморазвивающиеся системы или субъект в ситуации взаимодействия с окружающим миром в рамках своего психологического и социально-психологического пространства; их основной целью становится изучение процессов эволюционного развития системных объектов и механизмов их становления в ходе эволюции, что в совокупности

определяет междисциплинарный характер современных психологических исследований (Барабанщиков В.А., 2005, 2007; Юревич А.В., 2006; Журавлев А.Л., 2007; Петренко В.Ф., 2007; Клочко В.Е., 2008, Лазебная Е.О., 2011). Сближение психиатрии и философии создает философско-клиническое пространство, акцентирующее внимание на проблеме целостности, ценностей, ответственности, гуманного отношения к больному, обеспечивая прикладной и научный характер поиска современной психиатрии и психотерапии (Власова О.А., 2010; Appelbaum P., 2004; Schramme Th., Thome J., 2004; Marinoff L., 2004).

Согласно этапам развития современной психологии понятие поля может быть рассмотрено в трех направлениях: поле как контекст, поле сил и поле опыта (Робин Ж.-М., 2004, 2008).

1. Поле как контекст («находиться в поле») предполагает детерминированность поведения человека окружающей средой, включающей в себя и культуру, и историю, и будущее, и отношения пациента, и сам контекст, что представлено в классическом психоанализе и в аналитической психологии.

2. Поле как «поле сил», которые заложены в предметах, а не в поле группы или межличностном поле, что отражено в теории К. Левина, бихевиоризма, экопсихологии Р. Баркера.

С нашей точки зрения «поле сил» можно рассматривать в двух аспектах: первый, в соответствии с предложенным Ж.-М. Робинем, второй, как поле сил, заложенных в системе. Системный подход, опирающийся в своей теории на социальный конструкционизм и конструктивизм, синергетику, теорию диссипативных структур и хаоса, рассматривает поведение человека как производную системных процессов.

3. Поле сознания и поле опыта. Поле есть «жизненное пространство» восприятий и чувств, действий и значений любого индивидуума, в этом случае человек принадлежит, а не находится в поле. Поле организм/среда рассматривается как целостное феноменологическое событие, которое, в свою очередь, есть не что иное, как процесс поля, то есть само поле и есть процесс (Spagnuolo-Lobb M., 2003.). Это главное отличие представления поля в гештальт-

подходе от представлений других подходов, например экопсихологии и психологии субъекта, говорящих об интерперсональном поле и поле опыта.

### 1.2.2. Развитие теории поля в психологии: от контекста к ситуации

*Теория поля К. Левина.* На основе идей «психологического поля», «психологических сил» и «психологической ситуации» К. Левин предложил актуальные и по сей день три методологические идеи:

- о закономерности психических явлений, подлежащих научному и экспериментальному исследованию;
- о *закономерности любого индивидуального события, которое не может быть управляемо только одной закономерностью*, другими словами, индивидуальный случай никогда не бывает «чистым»;
- о необходимости сдвинуть акцент с «природы объекта» на *анализ его взаимосвязей и взаимоотношений с другими объектами* и с его окружением, что определяется понятием «жизненное пространство» индивида, в котором «субъект» и окружение представлено как *единое целое*, и должно именно таким образом рассматриваться.

Поле характеризуется определенной топологией (границы, валентности), динамикой сил, влияющих на находящегося в этом поле индивида, *поведение человека представляется как функция специфического взаимодействия сил поля*, порождающие в индивиде напряженные системы, стремящиеся к своей разрядке (Левин К., 2000, 2001). Деятельность, определяется потребностями, а намеренное действие — квазипотребностями, которые, в отличие от устойчивых «истинных» (биологических) потребностей, не являются врожденными, а социально обусловлены в данный конкретный момент. Оба вида потребностей иерархически связаны и между ними существует коммуникация (Зейгарник К.Б., 1981). К.

Левин говорит об определенных свойствах поля: дружелюбность, конфликтность и т.д., что позволило нам рассматривать эмпатию, ожидания и доверие как его свойства.

Теоретико-полевой подход стал не только методом анализа причинных отношений и построения научных конструктов, но и практическим инструментом исследования, в котором экспериментатор является частью реальной жизни участников событий, исключая понятие испытуемого. Актуальными остаются принципиальные особенности теории поля: преобладание конструктивного, а не классифицирующего метода образования понятий; интерес к динамическому аспекту событий; приоритет психологического, а не физического описания; анализ, исходящий из рассмотрения целостной ситуации; различение систематических и исторических процессов; значимость текущего момента; масштаб ситуации (Леонтьев Д.А., Потяева Е.Ю., 2001).

**Экологическая психология.** Наибольшее развитие идей К. Левина нашло в работах представителей гештальт-терапии и экопсихологии. Первые используют понятие поле, вторые оперируют понятием среда. Ученик К. Левина Р. Баркер, начиная с 1947 г., проводил исследования по экологической психологии, объясняя поведение людей в тесной связи с окружающей средой. Наблюдение и беспристрастное описание событий составляли основной метод исследования, окружающая среда выступала равноправным объектом психологического анализа, взаимоотношения человека и среды без какого-либо вмешательства со стороны исследователя составляли предмет исследований. В противовес методологии К. Левина исследователь был исключен из среды.

В отечественной психологии существует множество разночтений в трактовке понятия «экологическая психология» (Дружинин В.Н. 2001, Калмыков А.А. 2006, Шмелева И.А., 2006), термины «экологической психологии», «психологической экологии» или «экологический» подход к восприятию Дж. Гибсона» порой синонимичны (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 1996, 2008), а Л.В. Сморова (2006, 2010) экологическую психологию в целом называет «психологией взаимодействия с окружающей средой». Попытка внести ясность в употребление

терминов экологическая психология, экопсихология и психология взаимодействия с окружающей средой предпринята И.А. Шмелевой (2006, 2009, 2010). По мнению автора, в настоящее время *экопсихология и экологическая психология* рассматриваются большинством исследователей в качестве *теоретических подходов* в области психологии взаимодействия с окружающей средой, наряду с бихевиориальным, когнитивным и феноменологическим подходами. *Психология взаимодействия с окружающей средой* рассматривает проблему экологического сознания в качестве центральной проблемы *прикладной психологии*, что стало точкой пересечения интересов всех упомянутых выше дисциплин.

В.И. Панов (2011), обращаясь к современным работам по эколого-психологическим проблемам, выделяет пять основных направлений экологической психологии: психологическая экология, психология окружающей среды, экологический подход, психология глобальных изменений, психология экологического сознания. Общей методологической установкой, объединяющей все эти направления, является необходимость рассмотрения и изучения сознания и индивидуальности человека, его психического развития и обучения, переживаний и поведения, психологического, психического и физического здоровья *в контексте отношения «индивид — среда»* или в контексте системы «человек — окружающая среда (природная, социальная)», что отражает более широкий взгляд на изучаемые явления.

Центральным понятием *средовой психологии*, к которой отнесены психология охраны окружающей среды и психология психических состояний в экстремальных ситуациях, является среда как результат взаимодействия человека и материального окружения (Соловьева Е.В., 2001, 2006). В русле развития психологии среды, Ю.Г. Абрамова (2008) уделяет внимание ее важному направлению, базирующемуся на концепции «жизненного пространства» К. Левина и бихевиоризме, *средовой персонологии*, задачей которой является нахождение своеобразного общего поля и анализ взаимосвязей между личностью, ее внутренним миром и тем пространством, той средой, где находится субъект.

Интегративное понятие «*жизненная среда*» в экопсихологии включает в себя пространственно-предметный, социальный и технологический компоненты (Черноушек М., 1982; Ковалев Г.А. 1993). Под *окружающей средой* понимается совокупность, а также система природных и социальных факторов и условий, которые прямо или косвенно, мгновенно или долговременно оказывают влияние на жизнь и деятельность людей (Черноушек М, 1989; Ясвин В.А., 2000, 2008).

Выделено шесть типов взаимодействия в системе «человек — окружающая среда»: объект-объектный, субъект-объектный, объект-субъектный и субъект-субъектный, включающий субъект-обособленный, субъект-совместный и субъект-порождающий, а взаимодействие в системе «человек — природная среда» может иметь и другие типы, в частности, квазиобъект — квазисубъектный», обозначающие, что объектные свойства и качества среды имеют антропогенный характер (Панов В.И., 2004, 2006, 2011). Данные типы взаимодействия были применены для анализа взаимодействия человека с различными видами окружающей среды: природной (Дерябо С.Д, Ясвин В.А., 1996, 2008, Ясвин В.А., 2000; Ораничева Л.И., 2006; Лазебная Е.О., 2011), образовательной (Ясвин В.А., 2001; Шумакова Н.Б., 2004; Вачков И.В., Дерябо С.Д., 2004; Панов В.И., 2006, 2007; Бушкина М.Г., 2008; Петровский В.А., 2008, 2010; Гагарин А.В., 2011; Селезнева М.В., 2011), профессиональной (Аборина М.В., 2011; Кодесс Б.П., 2011).

Развивая методологию экопсихологических исследований В.И. Панов (2004), обращается к представлению о психике как форме природного бытия (Миракян А.М., 1999, 2004), что позволило рассматривать психику как форму действительного бытия в системе «человек — окружающая среда», при этом человек выступает как *продукт развития природы*, как природная, в широком смысле этого слова, *форма бытия*. В экопсихологическом плане психика предстает в виде *результата* субъект-объектного и субъект-субъектного взаимодействия в системе «человек — окружающая среда», в виде субъект-порождающего *качества* этой системы как целостного субъекта совместного развития, а также как *системное качество*, характеризующее процессуальный

момент (состояние) становления этой системы, несводимое к актуальным свойствам ее компонентов. Психические состояния и сознание индивида рассматриваются не только как разные проявления, но и как разные этапы становления психической реальности во взаимодействии человека с окружающей средой. Таким образом, объектом исследования экологической психологии выступают различные психологические аспекты взаимодействия человека с окружающей средой в системе «человек — окружающая среда»: присущие человеку, присущие среде, присущие «зазору» между ними.

*Психика* как объект и предмет исследования *определяется как форма бытия, порождаемая в виде системного качества в процессе деятельного взаимодействия человека с окружающим миром*, что может служить исследовательской парадигмой (Панов В.И., 2006, 2011; Экопсихологические исследования, 2009).

***Теория поля в гештальт-терапии.*** Иная точка зрения на теорию поля активно развивается в гештальт-терапии (Йонтеф Г., 1981, 1984, 1991; Сименс Х., 2008; Лебедева Н.М., 2013; Робин Ж-М, 2015; Perls F., Hefferline R., Goodman P., 1973; Zinker J., 1977, 1987; Lee R.G., 1995; Meara A., 1999; Parlett M., 1991, 2005; Hodges P., 2003; Robine J.M., 2004; Yontef G.M., 2005; Philippon, P., 2006). Хотя основатели гештальт-терапии явно пережили влияние теории поля К. Левина, они от нее фактически дистанцировались, когда сосредоточили внимание не на силовом поле, а на осуществлении контакта и выхода из него как процессе, разворачивающемся между организмом и его средой (Mann D., 2010; Bloom, D., 2011; Levine T. B-Y., 2011). Понимая отношения организма и среды в антропологическом и в социально-политическом плане (Спаниоло-Лобб М., 2014.). Для гештальт-терапевтов *поле это, прежде всего, поле опыта, полный эстетики динамический процесс, направленный на будущее и постоянно находящийся в становлении* (Staemmler F.M., 2006; Botelho-Alvim M., 2007; Dastur F., 2007; Robine J. M., 2007, 2011).

Основные характеристики и историю развития теории поля в 2002 году дал М. Парлетт и сделал выводы о формирующейся новой эпистемологии в

холистической медицине и экологии (Парлетт М., 2002; Parlett M., 1991). Автор предлагает рассматривать *теорию поля как набор принципов, подход, метод и целый способ мышления*, который относится к интимной связи событий и ситуаций, в которых эти события происходят. Им описано пять основных принципов теории поля:

1. *Принцип организации* — все взаимосвязано, значение получается из всей целостной ситуации.

2. *Принцип одновременности* — существует группа факторов в настоящем поле, которые определяют и «объясняют» поведение в настоящий момент, прошлое и будущее имеют место в контексте настоящего, в противовес подходам, для которых имеет место детерминирующее влияние прошлого или побудительной причины будущей цели.

3. *Принцип сингулярности* (единственности) — каждая ситуация и каждое поле «человек-ситуация» уникальны, что позволяет сформировать такой подход и метод, который охватил бы «исключительность» так же, как и «обычный случай».

4. *Принцип изменяющегося процесса* — опыт временен, ничто не является зафиксированным или абсолютно статичным, поле заново конструируется в каждый момент.

5. *Принцип возможной значимости* — все в поле является частью общей организации и потенциально значимо, ни одна часть целого поля не может быть исключена заранее как внутренне незначимая, поэтому исследователь, наблюдатель всегда является частью поля.

Теория поля пытается охватить весь взаимосвязанный поток изменяющейся реальности, насыщенной личными смыслами и значениями, нет четко обозначенных границ «внутреннего» и «внешнего», единое поле является местом встречи обеих реальностей.

Важным для нас выводом из изложенного является факт совместного конструирования общей реальности при встрече двух людей, при их взаимодействии появляется совместное поле, являющееся функцией их обоих. Это их со-творенная реальность, которая потенциально включает в себя все, что

есть в индивидуальном поле или жизненном пространстве каждого, но не является просто суммой их переживаний. Поле приобретает структуру по мере взаимодействия двоих, но как только оно становится более дифференцированным, более организованным и структурированным, начинают разворачиваться новые события, определяемые уже им самим. Мы участвуем в построении реальностей Другого, что должно фокусировать каждого участника лечебного процесса, на значимости его участия в построении общего поля лечебной среды. Согласно определению индивидуального поля как переживаемого пространства восприятий и действий, чувств и значений данного индивида, «поле» любого конкретного индивидуума не может быть испытано другим. Эмпатия, сочувствие, понимание, интуиция, умозаключения, уважение или иной подобный способ обеспечивают возможность приблизиться к субъективному опыту другого.

*Среда как синоним поля в других концепциях психологии.*  
**Интербихевооризм Дж. Р. Кантора** (1982) подчеркивает связь между событиями и конструктами (Morris E., Midgley B.D., 2006), для него характерно *сосредоточение на эмерджентных феноменах, появляющихся во взаимодействии*, что позволяет отнести данное направление к группе подходов, рассматривающих среду как интерперсональное поле. Принципы этого подхода к клинической психологии, изложенные D.J. Delprato (1995, 2003), актуальны и до настоящего времени:

1. Причины *проблемы клиента заключены в поле отношений*, и именно этим отношениям надо уделять внимание;
2. Учитывая многогранность дезадаптивного поведения, необходимость изменения факторов поля, клинические услуги должны использовать междисциплинарный подход и не должны быть, например, только биологически направлены.
3. Необходимо делать упор на построение моделей поведения, которые наращивают потенциал, а не на редукцию какого-то поведения.
4. На первом месте должно быть изучение условий (обычно социальных), которые способствуют появлению жалоб, и попытка изменить их, а не человека.

5. Необходимо как можно меньше использовать искусственное вмешательство, затрудняющее переход к повседневной жизни, и разрешать проблему как можно быстрее, используя любые ресурсы доступные в обществе (друзья, коллектив, семья).

**Субъектно-средовой подход** рассматривает человека и мир как взаимодействующие и взаимопроникающие непротиворечивые системы: и субъект, и среда не противопоставляются друг другу, а являются частями единой системы «субъект-среда». Среда, выступая в качестве «среды обитания», рассматривается как совокупность средовых возможностей (условий), находящихся в отношении взаимодополнительности к жизненным потребностям индивида. Рассматривая психологическое пространство личности, С.К. Нартова-Бочавер определяет его как субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека (Нартова-Бочавер С.К., 2003, 2005.).

Согласно **субъектно-деятельностной теории**, разработанной С.Л. Рубинштейном и нашедшей свое развитие в теории психологии субъекта А.В. Брушлинского (2003), *субъект*, обладающий психикой, и находящийся внутри бытия *есть точка детерминации поведения и развития психики*. Познающий включен в познаваемое, изучение субъекта возможно только как неотъемлемой части воспринимаемой, понимаемой и оцениваемой им объективной ситуации. В сферу концепции себя человек включает свое прошлое и концепцию среды, в которой будет осуществляться будущее (Обуховский К., 2003).

Т. К. Комарова (2011) рассматривает познание себя и познание другого человека как две стороны диалектически единого процесса, основанного на существовании тесной внутренней связи и взаимозависимости личности и социума, где субъективно значимый Другой выполняет роль «социального зеркала», смотрясь в которое субъект познает самого себя.

**Психотехническая теоретическая модель** Ф.Е. Василюка (2007), основанная на категориях деятельности А.Н. Леонтьева, установки Д.Н. Узнадзе, отношений В.Н. Мясищева и онтологии человеческого бытия, развитой С.Л.

Рубинштейном, говорит о целостной психологической ситуации, в которой указанные категории выступают как частные аспекты. Психотехническая теория является ценностно-опосредствованной и реализует «философию практики», она предполагает участную позицию субъекта познания и в своем функционировании опирается не только на «объективные» типы знания, но и на личностно-смысловые. Синергично представленный предмет исследования «деятельно-диалогического» подхода означает принципиальную неопределенность психологических процессов одного человека вне деятельностно-диалогического контекста.

Рассматривая **синергетику как X-науку и как направление научного поиска**, В.И. Аршинов (1999) представляет ее как *обобщенную метамодель кроссдисциплинарной коммуникации*. Синергетика как междисциплинарное направление intersубъективна, диалогична и личностна. «Личностность» в синергетическом контексте есть неотделимая от него характеристика, порождающая и определяющая этот контекст. Взаимодействие личности и среды подчинено законам эволюционирующих, самоорганизующихся и саморазвивающихся, нелинейных, открытых систем (Ярославцева Е.И., 2002; Барабанщиков В.А., 2005, 2007; Ключко В.Е., 2008; Лазебная О.Е., 2011). Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур (Баранцев Р.Г., 2009). Познание с точки зрения синергетического подхода является коммуникативной деятельностью, в котором этапы «параллельного», автономного развития теории и эксперимента в качестве автопоэтических единств завершаются их «встречей» и новым симбиозом (Аршинов В.И., 1999, 2002). На основе синергетического подхода П.И. Сидоров (2014) представил биопсихосоциодуховную модель онтогенеза и развития заболевания, имеющего нелинейную причинно-следственную динамику.

Разрабатываемая Р. Столороу, Б. Брандшафтом и Дж. Атвудом (2011) **концепция intersубъективного поля** в психоаналитической теории, является концепцией системы, включающей в себя по-разному организованные

взаимодействующие субъективные миры, понимание которых возможно посредством интересубъективного диалога на основе обоюдной организующей активности обоих участников и непрерывного эмпатического исследования.

Представители **социального конструкционизма** П. Бергер, Т. Лукманн, К. Герген, Л. Хофман-Хеннеси опираются на понятия «взаимоотношения» и межличностное координирование, по их мнению, *действительность конструируется обществом, благодаря процессам коммуникации, протекающим в специфическом историческом контексте.* В процессе социального взаимообмена рождаются понятия и восприятие, которые передаются с помощью языка. Диалог есть место возникновения действительности, то есть реальность конструируется в отношениях посредством диалога. Место обретения формы идей, восприятий, образов является зона «между» людьми, и это главное отличие от **социального конструктивизма**, согласно которому, обретение формы принадлежит индивиду, остающемуся точкой наблюдения.

С точки зрения **социального конструктивизма**, базирующегося на философии конструктивизма Х.Ф. Ферстера, Г. Бейтсона, У. Матураны, Ф. Варреллы, Э. Глазерсфельда, невозможно говорить о реальности без учета конструирующего процесса взаимодействия между познающей и познаваемой системами, «системы познаются системами». Действительность нельзя рассматривать отдельно от ее наблюдателя.

Близкое к гештальт-подходу понимание действительности находим у представителей **системного подхода**, с современных позиций которого действительность рассматривается как процесс, представляющий собой коллективный и консенсусный феномен, происходящий через диалог. Развитие теории поля шло параллельно с развитием системного подхода и определялось критикой и соперничеством с обеих сторон. По мнению П. Малкольма (2002), с которым мы склонны согласиться, системный подход, особенно в его раннем варианте, является частным и «отягощенный схемами» вариантом полевого подхода. Именно схемы и опора на кибернетическую модель позволили системному подходу стать наиболее востребованным и развивающимся в

соответствии с современной научной доказательной парадигмой. Однако, опора на позиции социального конструктивизма, нарративного подхода, теорий аутопоэтических и социальных систем, хаоса и синергетики, уводит системный подход от причинно-следственной линейной связи в описании событий и все больше отдаляет от принципов принятых в доказательной медицине (Шлиппе А., Швайтцер Й., 2011; Sommers-Flanagan J., 2012).

Рассматривая современные представления о теории поля (среды), мы логически подходим к понятиям ситуации и диалога, являющимся неотъемлемой частью полевого подхода.

### **1.2.3. Теория ситуаций**

Систематизируя имевшиеся к концу прошлого века представления в психологии о жизненных ситуациях, Л.Ф. Бурлачук и Е.Ю. Коржова (1998), выделяют два основных подхода к пониманию ситуации: 1) как внешних условий протекания жизнедеятельности на ее определенном этапе; 2) как системы субъективных и объективных элементов, объединяющихся в жизнедеятельности. Согласно принципу «компонентной перспективы», поведение является функцией личности, ситуации и их взаимодействия, эта позиция была представлена еще в 1981 г. Н. Эндлером и Д. Магнуссоном (Endler N., Magnusson D., 1981).

Опираясь на работу Мишеля де Форнеля и Луи Кере «Логика ситуаций — новые взгляды на экологию социальных действий», Ж-М. Робин (2004; 2008) выделяет восемь основных направлений в размышлениях о ситуации: ситуация, определяющая опыт по J. Dewey (1993); ситуация как объект представления, посредством чего субъекты приспосабливаются к ней, смысл определяет «акт воли» (Томас У., Знанецкий Ф., 1999); человек строит ситуацию, действие это обращение с ситуацией; понимание ситуации позволяет объяснить действие (Поппер К., 2004); ситуации не предрешены согласно этнометодологии; смысл

рождается в отношениях между ситуациями (Barwise J., 1989); значение ситуации зависит от восприятия или понимания ее (Wittgenstein L., 1989); возможности, которые несет ситуация (Левин К., 1997) и которые могут быть восприняты теми средствами, которые есть в нашем распоряжении (Гибсон Г.Г., 1979).

Рассматривая психологию субъекта как методологию понимания человеческого бытия В.В. Знаков (2010), отмечает смещение интереса современных исследователей в сторону интегративных образований, изучаемых в качестве единиц психики, таких как ситуация. Субъект не только пассивно фиксирует, понимает природные и социальные ситуации, но и пытается активно воздействовать на них, преобразуя не только мир, но и себя в мире.

Проведенный Н.В. Гришиной (2012) анализ состояния разработки ситуационного подхода в современной отечественной психологической науке показал, что, несмотря на широкое использование понятия ситуации различными теоретическими и прикладными областями психологии, данное понятие не имеет в литературе четко определенного содержания и релевантного языка описания. Принцип изучения человека в соотнесении с ситуационным контекстом, со средой носит декларируемый характер, а исследования, посвященные развитию ситуационного подхода, крайне ограничены.

Согласно представлению современного гештальт-подхода, сделавшего теорию поля и ситуацию предметом теоретических изысканий и практической деятельности, только взаимодействие организма и среды образуют психологическую ситуацию, а не организм и среда, взятые по отдельности (Perls F., Heifferline R., Goodman P., 2001; Brownell P., 2008, 2010). Ситуация — это часть среды, в которой находятся действующие лица и, которую они определяют с помощью схем индивидуализации, при этом они не в состоянии дать объективное знание о ней или полностью определить ее в содержании своих высказываниях. Ситуация «предшествует» различению субъект/объект. В понимании Ж-М. Робина (2008) ситуация не вызывает действий, но и не является простым фоном реализации намерений. Вся жизнь это участие в ситуации, понятии говорящем о поле. Действие определяется ситуацией, когда интенция

теряет всякое значение, потребности узнаются в ситуации, конструируется ощущение себя, что подтверждает явление, сделавшего действие возможным.

Мы целиком разделяем эту точку зрения и осуществляем свой научный поиск в описываемом русле (Городнова М.Ю., 2012, 2014). С точки зрения гештальт-терапии дифференциация ситуации происходит посредством диалога, и только в присутствии Другого возможно движение к контакту.

#### 1.2.4. Диалог

К идее диалога обращались многие классические и постклассические исследователи интерсубъектной (диалогической) парадигмы: от представителей общегуманистической концепции диалога (Бахтин М.М., 1986; Бубер М., 1995; Левинас Э., 1999; Ухтомский А.А., 2002; Розеншток-Хюсси О., 2009), философской и психологической герменевтики (Ковалев Г.А., 1987; Гадамер Г.-Г., 1988; Казаринова Н.В., 2001; Дьяконов Г.В., 2003; Брудный А.А., 2005) до представителей психологической теории отношений (Ананьев Б.Г., 1968; Куницына В.Н., Панферов В.Н., 1992; Мясищев В.Н., 2004; Волкова М.Н., 2007; Ильин Е.П., 2009; Белан Е.Е., 2010). Особое внимание диалогу уделяется в таких бурно развивающихся направлениях как психология субъекта, экопсихология, синергетика, гештальт-терапия, экзистенциальная психология. Среди выделенных Т.А. Топольской (2012) способов понимания понятия «диалог», только шестой соответствует пониманию диалога в гештальт-подходе «диалог как экзистенциальное событие или Встреча». Благодаря диалогу организуются и реализуются взаимоотношения, выздоровление происходит в ситуации взаимоотношений с Другим, причем диалог должен быть не эксплуатирующего характера, а являться «жизнью взаимоотношений» (Yontef G.M., 1993; Hyskner R., Jacobs L., 1995; O'Neill B., 2009; Sabar S., 2013). Клиент-терапевтический диалог рассматривается как деконструкция чувственного опыта, происходит

«декодирование» реальности переживания в intersubъектном общении (Захарова Е.В., 2009; Staemmler F.M., 2010). Диалогическая позиция — приобретаемый навык и описывается следующими составляющими: присутствие, принятие, включенность, самораскрытие, приверженность диалогу, диалог как жизнь (Йонтеф Г, 2002; Харм С., 2008; Джойс Ф., Силлс Ш., 2010; Evans, К., 2007).

Исследование диалога как экзистенциального события представлено также в работах Т.А. Флоренской (2001), А.Ф. Копьева (2007, 2009), Л.И. Воробьевой (2009). Момент контакта или встречи с внешним миром является ключевым для осуществления развертывания континуальной целостности, какую собой представляет человек с точки зрения синергетики (Ярославцева Е.И., 2002).

С точки зрения представителей психологии субъекта диалогическое понимание возникает в точке пересечения ценностно-смысловых позиций субъектов общения (Знаков В.В., 2002). Отказ от общения с другим как с субъектом пагубным образом сказывается на успешности достижения взаимопонимания.

В.А. Янчук (2006) указывает на необходимость построения диалогической, понимающей психологии, которая опирается на процессы взаимопонимания и взаимодействия между людьми. Диалогическая организация взаимопонимания, в консультативном взаимодействии рассматривается А.Ю. Наскевич (2011).

Осознание присутствия Другого является главным препятствием и главным условием исцеления в психоанализе (Спиркина Е., Зимин В., 2011). Согласно Atwood G.E. и Stolorow R.D. (1984) развитие психоаналитического понимания можно концептуализировать как intersubъективный процесс, включающий диалог между двумя личностными мирами.

**Заключение.** Проведя анализ современных направлений психологии эпохи постмодернизма и теории поля К. Левина, давшей толчок многим рассматриваемым направлениям, оперирующим понятиями *поле, среда, ситуация*, диалог можно сделать вывод о точках сближения разных подходов. Понятие «жизненное пространство» встречается в теории поля К. Левина, средовой психологии, интербихевиоризме. На проблемы, лежащие в поле отношений,

указывает интербихевиоризм, гештальт-терапия, социальный конструктивизм. Среда как результат взаимодействия и взаимопроникновения рассматривается в субъектно-средовом подходе, психологии субъекта, экопсихологии, синергетике, психотехническом подходе, интересубъективном психоанализе. Включенность наблюдателя в наблюдаемое, познающего в познаваемое, неразделимость исследователя от исследуемого находим в теории поля К. Левина, экопсихологии, социального конструктивизма и конструкционизма, синергетики, психологии субъекта, гештальт-терапии, психотехнической теории. Рассматривая психику как одну из форм бытия, как системного качества совместного развития «системы человек — среда», характеризующей процессуальный момент становления этой системы, несводимое к актуальным свойствам ее компонентов, экологическая психология тесным образом смыкается с представлением поля в гештальт-терапии. Однако принципиальным отличием второго подхода является обязательное условие наличия Другого. В психологии субъекта Другой рассматривается как зеркало, тогда как в гештальт-терапии Другой — активный участник и условие процесса дифференциации на границе контакта в ситуации. Изучение психики в становящейся форме, в зазоре между человек-среда, как качества совместного развития процесса становления системы в экопсихологии, сближает последнюю с гештальт-подходом, в котором поле представляется как непрерывный процесс. Действительность как процесс рассматривается в гештальт-терапии, социальном конструктивизме, синергетике, психотехнической теории. Полевой подход, равно как и ситуационный подход, несмотря на их эмпирическое использование, требуют дальнейшего теоретического и методологического развития.

### **1.3. Эмпатия в помогающей специальности**

### **1.3.1. Современные представления об эмпатии в психологии и психотерапии**

Важным условием для профессиональной деятельности, приносящей удовлетворение и потребность в ее продолжении, является наличие эмоционального отношения и эмоциональной включенности, реализуемых посредством эмпатии (Завалишина Д.Н., 2005). Однако современные тенденции в психиатрии, отмеченные Ю.И. Полищук и З.В. Летниковой (2013), нивелируют понятие и практическое использование эмпатии в научной и практической психиатрии. Широкая экспансия так называемых объективных психометрических методик, вытесняющих эмпатический подход к больному, определяет тенденцию к десубъективизации психически больных и отчасти дегуманизации психиатрической помощи (Поддубная Т.В., 2015). В то же время, именно эмпатии придается огромное значение в деятельности специалиста психиатрического профиля (Бохарт А.К., 1993; Гиппенрейтер Ю.Б. и др., 1993; Орлов А.Б., 1993; Мэй Р., 1994; Ларенцова Л.И., 2003; Большакова Т.В., 2004; Ванершот Г., 2005; Миронова Е.Р., 2005 и др.; Кипиани А.И., 2006; Криченко Е.В., 2006; Эйдемиллер Э.Г., 2008, 2012; Городнова М.Ю., 2014; Hall J. et al., 2000; Vanaershot G., 2004; Hatcher Sh., 2005; Brown L., 2007; Farber B., 2007; Goldfried M., 2007; Hill C., 2007; Samstag L., 2007; Silbershatz G., 2007; Watchel P., 2007; Watson J., 2007, и др.). Высокий уровень эмпатии психотерапевта считается наиболее доказанным условием эффективности оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в целом (Эллис А., 2002; Бек Дж., 2006; Пуговкина О.Д. и др., 2009; Duan Ch., Hall C., 1996; Elliott R., Friere E., 2007; Staemmler F-M., 2012; Lebowitz M.S., Ahn W., 2014). Способность к эмпатии считается важнейшим профессионально значимым качеством психолога, психиатра и психотерапевта, а проблема ее развития ставится приоритетной в контексте организации обучения и супервизии профессионалов-практиков (Боуэн М. В.-Б, 1992; Кохут Х., 2002, 2004; Булюбаш

И.Д., 2003; Бенеш Н.Л., 2007; Дорошенко Т.В., 2007; Лукьянов В.В., 2008 и соавт.; Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2010, 2012; Назыров Р.К., 2012).

Развитие понятия эмпатии шло от понятий «вчувствование» «сопереживание», как специфического метода и феномена познания, через феномен отношения (симпатия) к ее интегративному пониманию (Бгажноков Б.Х., 2003; Гусев В.В., 2005; Басин Е.Я., 2009; Черепанов В.И., 2009; Карягина Т.В., 2013). В современном психоанализе Х. Кохут (2000, 2003), Р. Столору (2011), К. Х. Бриш (2012) и гуманистической психотерапии К. Роджерса (2002, 2006) развитие личности невозможно вне и без встречи с Другим. В этом контексте эмпатия выступает как фундаментальное условие развития личности и как формирование высшей психической функции (Бережковская Е.Л., Радинская Н.Г., 2006; Василюк И.В., 2007; Карягина Т.В., 2010).

Наша точка зрения на эмпатию совпадает с мнением Т.В. Карягиной (2013), которая подчеркивает процессуальный характер понимания и отклика на переживания другого, основанного на сопереживании и ориентации на внутренние феноменологические перспективы Другого. *Эмпатия это и процесс, и установка, и навык, и способ бытия с клиентом.* Будучи первоначально состоянием, в ходе общения с клиентом эмпатия перерастает в процесс сопереживания, что сопровождается специальным коммуникативным исследовательским действием и обеспечивается установкой или особым мировоззрением, возводящем эмпатию психотерапевта в ранг «способа бытия» с клиентом. Ссылаясь на работы Ю. Джендлина (2000), Г. Ванершота (2005), И.В. Василюка (2007), Г. Этчегоена (2005), К. Роджерса (2006), К.В. Ягнюка (2003), L. Angus, P. Kagan (2007), A. Lazarus (2007), C. Hill et al. (2008), Т.В. Карягина выделяет следующие аспекты влияния эмпатии на клиента и на процесс консультирования/психотерапии: 1) способствует доверительному контакту клиента с терапевтом; 2) способствует развитию самопринятия клиента; 3) способствует обращению клиента к своему внутреннему миру, развитию «самоэмпатии»; 4) способствует процессам обработки информации клиентом; 5) фасилитирует развитие переживания, способствуя поиску в нем новых аспектов.

### 1.3.2. Исследования эмпатии у специалистов помогающих профессий

Исследуя личностные характеристики психотерапевтов и их динамику в процессе обучения на циклах психотерапии, О. В. Шатровой (1996) выявил более высокий уровень эмпатии у психотерапевтов-мужчин, который оказался выше нормы, у врачей и психологов женщин уровень эмпатии оказался ниже нормы. В ходе двухмесячного срока обучения уровень эмпатии еще больше повысился у мужчин и достиг уровня нормы у психотерапевтов-женщин. Корреляционным анализом показана отрицательная зависимость между эмпатическим потенциалом и актуальной и преморбидной ригидностью.

Е.В. Мельник (2007) изучала влияние эмпатии на формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих педагогов-психологов. В ходе эксперимента было доказано, что уровень эмпатии (как личностного качества) влияет на уровень профессиональной коммуникативной компетентности будущих педагогов-психологов, а эмпатия как процесс влияет на формирование профессиональной коммуникативной компетентности.

В.М. Вартанян (2007) исследовала психологические характеристики эмпатии в структуре индивидуально-психотипологических особенностей личности и доказала зависимость между уровнем, степенью выраженности определенных компонентов эмпатии, адекватностью ее проявления и местом расположения личности в конституционально-континуальном пространстве: от психологической нормы — акцентуации — до пограничной аномальной личности.

В.Д. Бекренев (2008) доказал, что высокие эмпатические способности могут снизить эффективность деятельности и повлиять на работу защитных механизмов личности в ситуациях профессионального риска у специалистов МЧС России. В частности, низкие показатели оценки установок, помогающих или препятствующих эмпатии, оказывают непосредственное влияние на диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия.

Изучая особенности эмоционального отношения к пациентам у сотрудников психиатрического стационара, Е.А. Козленко (2008) показала недостаточное развитие эмоциональной эмпатии у медицинских и социальных работников, что сопровождалось нежеланием проявлять эмоциональное участие. Наиболее низкие уровни развития эмпатии свойственны младшему медицинскому персоналу (санитары), что выражается в неуважительном и формальном стиле их общения с пациентами, отстраненности, пренебрежении мнением психически больного. Медицинские сестры отличаются от санитаров большим уровнем эмоциональной эмпатии, наиболее высокий уровень развития эмпатии отмечен у социальных работников, которые опираются на позитивную эмоциональную идентификацию с пациентом в профессиональной области их отношений. Наименьший уровень эмпатии у сотрудников стационара проявляется в отношениях с больными шизофренией и алкоголизмом.

И.А. Дементьев (2013), рассматривая эмпатию как развивающуюся в ходе жизнедеятельности индивида способность личности, доказывает системообразующее центральное качество эмпатии, ее оптимальный уровень определяет успешность деятельности офицеров-психологов пограничных войск.

Сравнительный анализ результатов двух групп психиатров, получивших и не получивших профессиональную переподготовку по специальности «психотерапия», отразил различия включения «субъектности» в профессиональную деятельность. Показана взаимосвязь личностных профилей и типов эмпатии с особенностями построения взаимоотношений с пациентами и с господствующими парадигмами в психиатрической и психотерапевтической науках (Харисова Р.Р., 2012).

Н.В. Козина (1998) доказала, что низкий уровень эмпатии характерен для лиц социально отгороженных, сконцентрированных на собственном Я, с недостаточно развитой социальной перцепцией, а также эмоционально истощенных вследствие наличия «синдрома эмоционального сгорания». Оптимальный (средний) уровень эмпатии свойственен для профессионально уверенных специалистов, высокий уровень для сенситивных, испытывающих

трудности в социальной и профессиональной адаптации. Оптимальный уровень эмпатии характерен для врачей-психотерапевтов, обладающих преимущественно предикативной эмпатией, проявляющейся в способности прогнозировать аффективные реакции пациента. Как высокий, так и низкий уровень эмпатии связаны с синдромом эмоционального сгорания: высокая эмпатичность ведет к эмоциональному истощению, что в свою очередь, через защитные механизмы дистанцирования, редуцирует эмпатический потенциал специалиста.

И.А. Терентьев (2007) показал, что эмпатия является необходимым компонентом личности врача курортного лечебного учреждения, востребованным им самим, пациентами, коллегами и руководителями. При этом проявления эмпатии дифференцируются в зависимости от уровня стрессогенности врачебной специализации, фазы и симптомов психического выгорания, уровня личностной тревожности и успешности врача. Эмпатийность врача достаточно часто сочетается с высоким уровнем психического выгорания личности и сформированной тревожности, а его личностная успешность — с низким уровнем психического выгорания и тревожности личности. Автором разработана и апробирована программа совершенствования эмпатийных способностей в сочетании со снижением личностной тревожности и совершенствованием системы эмоциональной саморегуляции для врачей.

Исследование выраженности синдрома выгорания и эмпатии у психиатров-наркологов позволило В.В. Лукьянову (2007) прийти к выводу, что длительность стажа профессиональной деятельности и уровень эмпатии существенно влияют на формирование данного синдрома. С увеличением стажа работы наркологи ограничивают диапазон и интенсивность включения эмоций в профессиональное общение и психосоматически реагируют на профессиональный стресс. Установлены достоверные отрицательные корреляционные связи уровней эмпатии с показателями симптомов «эмоционально-нравственной дезориентации» фазы «резистенции», «эмоционального дефицита», «эмоциональной отстраненности» и суммарным показателем фазы «истощения». Согласно диссертационному исследованию автора высокий уровень эмпатии наряду с

механизмом психологической защиты «отрицание» и адаптивными вариантами копинг-механизмов являются личностными факторами, препятствующими развитию синдрома эмоционального выгорания, а проведение балинтовских групп способствует снижению степени его выраженности (Лукьянов В.В., 2007).

Изучение эмпатии, как правило, проводилось среди специалистов лечебной среды, лишь в одном исследовании мы обнаружили данные исследования эмпатии у пациентов. Изучая когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина, Н.И. Зенцова (2009) показала характерный для них недостаточно развитый уровень эмпатии. Это препятствует пониманию чувств другого человека, разделению эмоций с ним и переживанию социальной общности. Под влиянием хронической интоксикации на фоне когнитивного дефицита и искажений, нарушается когнитивно-аффективное единство эмпатии как смыслового переживания. Успешному пониманию и взаимодействию с другими препятствует избегающее поведение больных и их склонность к манипулированию, выборочно демонстрируемое сопереживание, по мнению автора, является псевдоэмпатийным.

**Заключение.** Современное представление об эмпатии интегративно и включает в себя понимание эмпатии как феномена познания, метода развития коммуникации, как необходимого условия развития личности. Определение понятия эмпатии зависит от фокуса исследования, определяемого его целями и задачами, и может быть представлено как личностная характеристика, системообразующее свойство личности, психический акт, процесс, навык, установка, способность и т.д. Установлена неоднозначная взаимосвязь между уровнем эмпатии и синдромом эмоционального выгорания, а также эффективностью профессиональной деятельности. Эмпатия исследована преимущественно среди специалистов помогающих профессий, показано, что для эффективной работы необходим ее оптимальный уровень.

## **1.4. Синдром эмоционального выгорания у специалистов лечебной среды**

### **1.4.1. Модели эмоционального выгорания**

Неослабевающее внимание специалистов к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ) сохраняется на протяжении последней четверти века. К началу текущего столетия издано более 6 тысяч книг, глав диссертаций и журнальных статей, содержащих публикацию или упоминание о выгорании (Schaufeli W.B., 1998; Maslach C., 2001; Halbesleben J., 2004). При этом, по мнению ряда авторов, тема продолжает оставаться недостаточно разработанной областью теоретических и эмпирических исследований (Орел В.Е., 2001; Лукьянов В.В. и соавт., 2008; Ракицкая А.В., 2011; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013; Лакизе Т.В., 2014). Несмотря на современные тенденции к расширению толкования данного синдрома, как не связанного с профессиональным стрессом (Кмить К.В., Попов Ю.В., 2013), в своем научном интересе мы остаемся на позициях рассмотрения данного синдрома с точки зрения профессионального кризиса и стресса и используем единый термин «эмоциональное выгорание», принятый I Международной научно-практической конференцией, посвященной этой проблеме (Курск, 2007).

Из множества существующих определений и моделей развития данного синдрома мы отобрали, те, что соответствуют нашей концепции представления лечебной среды и теоретически обеспечивают исследование. Говоря о СЭВ, прежде всего, мы опираемся на трехфакторную структурную модель С. Maslach (1993), в которой синдром психического выгорания представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений. Под эмоциональным истощением понимается усталость, сопровождаемая эмоциональной опустошенностью, равнодушием или переживанием эмоционального

перенасыщения. Деперсонализация или цинизм предполагает дегуманизацию отношений с пациентами, циничное отношение к труду и объектам своего труда. Редукция профессиональных достижений переживается как некомпетентность в своей профессиональной сфере, осознанием безуспешности лечения. Источник перегорания С. Maslach видела в эмоционально напряженных отношениях между специалистом и пациентом, определяя эмоциональное истощение как ведущий признак в своей модели синдрома.

Как процесс СЭВ рассматривается многими зарубежными и отечественными авторами. С. Maslach (1993) дает следующие стадии его развития: идеализм и чрезмерные требования к себе; эмоциональное и психическое истощение; дегуманизация как способ защиты; синдром отворачивания (к себе, другим и ко всему), что в конечном счете приводит к краху.

Для С. Chreniss (1992) выгорание это процесс индивидуального способа преодоления стресса, в котором профессиональные установки и поведение изменяются негативным образом в ответ на напряжение в работе. На первой стадии происходит дисбаланс между ресурсами и требованиями (стресс), затем краткосрочное эмоциональное напряжение, утомление и истощение, третья стадия сопровождается изменением в установках и поведении, таких как механическое (бездушное) обращение с клиентами.

На подобных позициях стоят и отечественные авторы. В.В. Бойко (1996, 1999) рассматривает СЭВ как механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, развивающегося в соответствии со стадиями совладания со стрессом: напряжение, резистентность, истощение. Как динамический процесс, проходящий те же стадии в своем развитии, предлагает рассматривать выгорание А.А. Рукавишников (2001).

С экзистенциально-аналитической точки зрения эмоциональное выгорание понимается как затяжное состояние истощения, возникающее в деятельности. Именно истощение является ведущим симптомом и основной характеристикой СЭВ (Лэнгле А., 2008; Maslach, С., Schaufeli W.B., Leiter M.P.,

2001; Lourel M., Gueguen N., Mouda F., 2008). Имея свое внутреннее развитие, состояние истощения нарастает от изменения самочувствия к переживанию и изменению установок, позиций и действий человека.

С точки зрения полевого подхода интересна модель L. Heifetz, H. Bersani (1983), объясняющая выгорание с позиции взаимосвязи ситуационных, внутриличностных, межличностных, физических и духовных факторов. Нарушение гомеостатического баланса в комбинации этих пяти факторов приводит к выгоранию. Так, индивид, находящийся под прессом нереалистичных ожиданий других (внешний фактор), может компенсировать нарушение баланса и восстановить гомеостаз посредством развития уверенности в себе (внутренний фактор) и опоры на личностные ресурсы, или возможна конфронтация с теми, кто предъявляет эти ожидания (межличностная переменная). Если эти попытки не смогут компенсировать внешний стресс, у индивида, вероятнее всего, возникнет выгорание. Представленный взгляд предполагает целостное понимание личности, где все факторы взаимосвязаны, а их комбинации могут приводить к выгоранию (Asquith- Glenn H. Jr., 2010).

#### **1.4.2. Изучение эмоционального выгорания у специалистов лечебной среды**

Имеются доказательства все более ухудшающегося психологического состояния врачей различных специальностей, так с 1994 по 2002 год психическая заболеваемость среди них увеличилась с 27 до 32%, а частота эмоционального выгорания — с 32 до 41% (Taylor C., 2005). Современные отечественные исследования выявляют значительную распространённость СЭВ среди врачей и медицинских сестер различных специальностей (от 30 до 90%), наиболее выгоревшими являются специалисты онкологической и психиатрической практики. Более высокие показатели выгорания наблюдаются среди психиатров, работающих в стационарах, по сравнению с работающими в амбулаториях, что

связано со спецификой пациентов, тяжестью их состояния, необходимостью постоянного наблюдения и ответственностью за суицидальных пациентов (Макарова Г.А., 2003; Ясько Б.А., 2004; Гуреева И.Л., 2005; Лозинская Е.И., 2007; Евдокимов В.И., 2007; Якушкин Н.В. и соавт., 2008; Балахонов А.В. и соавт., 2009; Губин А.И., 2009; Фокина Т.Р., 2009; Дербенев Д.П., Эхте К.А., Крячкова О.В., 2010; Золотухина Л.В., 2011; Малыгин В.Л. и соавт., 2011; Плоткин Ф.Б., 2011; Сазонов В.Я., 2012; Городнова М.Ю., 2014; Пахтусова Е.Е., 2015 и др.). Однако в последние годы появились работы В.А. Козина (2013, 2014), доказывающие обратное.

В современных условиях профессиональной деятельности и жизни человека состояние выгорания стало «естественным» явлением по сравнению с периодом его первого появления среди медицинского персонала и социальных работников, оно распространено среди всех социономических профессий и фиксируется у молодых специалистов и студентов (Семиздралова О.А., 2006; Жукович Е.А., 2008; Замбржицкий О.Н., Катковская М.В., 2009; Сугако Ю.В., Крупская Т.П., 2009; Таткина Е.Г., 2010; Трущенко М.Н., 2012), данная тенденция отмечена и за рубежом. Daniel W. Law (2010) показал, что ряд студентов, изучающих бизнес, имели крайний уровень выгорания еще до выпускных экзаменов.

Исследователи СЭВ концентрируют свой интерес на выделенных В. Perlman, Е.А. Hartman (1982) трех групп факторов, оказывающих влияние на его развитие: личностных, ролевых и организационных.

Согласно данным К. Kondo (1991), выгоранию больше подвержены те, кто работает с особым интересом и высокой мотивацией, подобную закономерность показал А.В. Арутюнов (2004), изучавший выраженность СЭВ среди стоматологов и показавший большее «сгорание» у профессионалов, реализующих модус служения и ориентированных на других людей, для которых деятельность сознательно выбрана и изначально значима. СЭВ рассматривается как проблема самоактуализации личности Умняшкиной С.В. (2001), обратная взаимосвязь самоактуализации личности и СЭВ у реаниматологов-анестезиологов обнаружена О.А. Кузнецовой (2012), у педагогов и учителей С.А. Наличаевой (2011).

М.М. Скугаревская (2002), анализируя результаты обследования 271 чел. (врачи-психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты и медицинские психологи), считает, что предпосылками развития СЭВ у работников сферы психического здоровья являются как личностные, так и ситуационные характеристики. Ключевую роль в развитии СЭВ играют личностная тревожность и связанные с нею личностные характеристики, такие как эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, фрустрированность, подозрительность, робость, застенчивость, импульсивность.

Исследуя психологические характеристики врачей (психиатры, хирурги, гинекологи) в состоянии профессионального стресса, О.В. Рыбина (2005) показала, что наибольшая степень выгорания свойственна психиатрам. Чем чаще врачи испытывают чувство усталости и эмоциональное истощение, связанное с работой, тем больше они предполагают развитие у них профессионального выгорания, стремясь контролировать степень своей эмоциональной вовлеченности в состояние пациента. О проявлении профессионального стресса у врачей свидетельствует увеличение числа конфликтных ситуаций на работе, выраженность СЭВ связана со стажем работы и полом. Активное использование психологической защиты вытеснение искажает субъективную оценку эмоционального дискомфорта, которая не соответствует объективно регистрируемой выраженности профессионального стресса. Число женщин-врачей с высоким уровнем профессионального стресса в 1,5 раза превышает число мужчин с аналогичными показателями.

Противоречивые результаты получены по распространенности СЭВ среди врачей психиатров-наркологов. Так, по данным П.И. Сидорова (2005), почти 80% врачей-психиатров и психиатров-наркологов имеют признаки СЭВ различной выраженности, а по результатам В.В. Лукьянова и соавт. (2007, 2008) только в 29% случаев установлено наличие сложившихся симптомов фазы «истощения», но в целом для группы наркологов характерна относительно невысокая степень выраженности синдрома эмоционального выгорания. В.Л. Малыгин и соавт. (2011) отмечают синдром эмоционального выгорания у 37,7% психиатров и

наркологов и у 53,3% медсестер (в 72% случаев представлена фаза резистентности). По мнению авторов, риск формирования синдрома эмоционального выгорания среди врачей психиатров и наркологов наиболее характерен в первые 10 лет профессиональной деятельности. Недостаточная социальная поддержка со стороны коллег и начальства, интенсивная рабочая нагрузка являются ведущими факторами формирования высокой степени выгорания по симптому «эмоциональное истощение»; постоянный риск штрафных санкций, должность «врач-ординатор» — по симптому «деперсонализация», низкая заработная плата и недостаточное моральное вознаграждение — по симптому «редукция профессиональных достижений». По мнению В.В. Постнова (2010) наиболее стрессогенной профессиональной деятельностью психиатров-наркологов является работа, связанная с риском летального исхода у пациента (реанимация, скорая, неотложная помощь); судмедэкспертная и административная работа, связанная с коммерциализацией наркологической помощи и ввиду их высокой конфликтогенности; психотерапевтическая работа, требующая высокой эмоциональной вовлеченности в сочетании с низкой отдачей за счёт манипулирования и лживости со стороны больных (проявление аддикции); санитарно-просветительская деятельность.

Сравнивая синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров, с врачами онкологами и медицинскими сестрами, работающими в психиатрии, Е.И. Лозинская (2007) показала, что врачам-психиатрам менее свойственно проявление отчужденного и дистанцированного отношения к пациентам и высокого уровня эмоционального истощения, чем врачам онкологам и медицинским сестрам, работающим в психиатрических учреждениях. Формирование эмоционального истощения и редукции профессиональных достижений обусловлены недостаточным уровнем социальной поддержки со стороны сотрудников, нарушение профессиональной идентичности лежит в основе формирования деперсонализации. Отказ больного от лечения, нереальные ожидания от результатов лечения со стороны родственников оказались наиболее стрессогенными факторами в профессиональной деятельности врачей-

психиатров, а конфликты, возникающие между врачом и пациентом, имеют достоверно значимое влияние на параметры эмоциональное истощение и редукция профессиональных достижений. В сравнении с аналогичными литературными данными, полученными в психиатрических учреждениях и социальных службах США и Швеции, российские психиатры демонстрировали меньший, чем американские коллеги, уровень перегорания по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации, но большую неудовлетворенность параметром редукция профессиональных достижений.

Изучая показатели психосоматического здоровья и взаимоотношения с клиентом у психологов и врачей общей соматической практики и психотерапевтов, И.Ю. Маргошина (2008) выявила преобладание физических жалоб и симптоматики СЭВ у врачей-психотерапевтов и психологов над подобными жалобами врачей других специальностей, наибольшую у психологов. Во всех группах специалистов выраженность физических жалоб и симптомов СЭВ положительно взаимосвязана с такими свойствами личности как низкий и высокий контроль, лидерство и зависимость, положительная социальная репутация, депрессивность, открытость, низкие и высокие социальные способности. Для всех специалистов характерны положительные взаимосвязи физических жалоб и симптомов СЭВ с выраженностью механизмов психологической защиты и отрицательные взаимосвязи с частотой использования копинг-стратегий. У врачей-психотерапевтов личностная идентификация при взаимодействии с клиентом, негативные эмоциональные оценки себя и клиента, исключение эмоций в общении и зависимая позиция усиливают симптоматику СЭВ, а профессиональная идентификация во взаимодействии, позитивная самооценка специалиста, вне зависимости от эмоционального отношения к клиенту ее уменьшают. У психологов профессиональная идентификация при взаимодействии, позитивная оценка себя и клиента, наличие конфликта усиливают выраженность симптоматики СЭВ, а личностная идентификация, исключение эмоций в общении, контакт, наоборот, уменьшают ее выраженность.

По данным Л.В. Золотухиной (2011) синдром профессионального

выгорания различной степени выраженности среди врачей-психиатров встречается в 73,2% случаев, и на его формирование влияют следующие факторы: случайный выбор профессии; пол; должность; высокая рабочая нагрузка; изначально негативное отношение к своей работе; недостаточная социальная поддержка со стороны коллег и начальства; высокий риск штрафных санкций; недостаточное моральное вознаграждение за работу; низкий уровень заработной платы; необходимость конспирации своих эмоций; высокие уровни интроверсии, нейротизма, алекситимии и личностной тревоги; выраженность черт по эмотивному и ригидному типам; меланхолический тип темперамента и изначально неблагоприятное соматическое состояние.

О.Ю. Смирнова и А.В. Худяков (2011) выявили высокую распространенность феномена профессионального выгорания у 56 медицинских сестер психиатрических больниц, обучавшихся на курсах повышения квалификации. Только у 23,2% он отсутствовал полностью. Изначальный интерес к профессии играл профилактическую роль, а неудовлетворенность работой, такие личностные черты как напряженность, фрустрированность, возбудимость — явились факторами риска развития СЭВ. Среди медсестер с доминированием над больными была наибольшая доля лиц с формирующимся и сформировавшимся синдромом (в совокупности — 87,5 %), самой «здоровой» оказалась позиция «пациент всегда прав», у медсестер с такой позицией отсутствовали фаза напряжения и истощения, фаза резистентности в стадии формирования была только у одного человека. В ходе обучения, включавшего мероприятия по профилактике данного синдрома, была получена следующая динамика СЭВ: проявления синдрома уменьшились у 25 человек (46,3%), но усилились у 21 человека (38,9%), остались без изменений у 8 человек (14,8%). Авторы считают, что основным в профилактике СЭВ у сотрудников психиатрических учреждений является изменение стиля лечебного процесса, а именно внедрение реабилитационных технологий в отделении.

Е.В. Петрова, Н.В. Семенова, А.Н. Алехин (2011) и Н.В. Семенова (2014) показали большую выраженность СЭВ у врачей и медицинских сестер

психиатрических больниц по сравнению с работающими в психоневрологических диспансерах, причем выраженность деперсонализации у медицинских сестер значимо выше, чем у врачей, что проявляется в безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей, в снижении способности к эмпатии. В большинстве случаев медицинские работники психиатрических учреждений субъективно не ощущают разочарования в выбранной профессии.

Взаимосвязь психического здоровья, синдрома эмоционального выгорания и качества жизни врача представлена в монографии Н.В. Говорина и Е.А. Бодагова (2013), авторы доказали наибольшую подверженность СЭВ врачей психиатров-наркологов наряду с врачами скорой помощи и врачами-онкологами.

Отмечен рост работ, посвященных профилактике и лечению СЭВ. Так, О.А. Елдышова (2007) рассматривает способы профилактики СЭВ у психологов и предлагает собственную модель, основанную на подвиде экзистенциального анализа Э. Малач-Пайнс (Malach-Pines E., 2001) и на восстановлении уровня коммуникации (Villavisanis E., 1997). Модель включает в себя три направления: информирование, эмоциональную поддержку и повышение значимости профессии психолога, кроме этого, автор подчеркивает важность супервизии для профилактики данного синдрома.

В.М. Волобаев (2009), изучая эффективность мультимодальной групповой психотерапии эмоционального выгорания у психологов, педагогов и врачей, показал, что эмоциональное выгорание является субклиническим синдромом и повышение его уровня прямо связано с повышением суммы уровней психологических защит. Разработанная методика мультимодальной групповой психотерапии синдрома эмоционального выгорания особенно эффективна для лиц с симптомами: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, тревога и депрессия, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональная и личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения. Показана зависимость эффективности психотерапии от возраста, стажа профессиональной деятельности и профессии.

Е.Г. Таткина (2010) исследовала особенности ранней психопрофилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер, повышавших свою квалификацию. Выявлена тесная взаимосвязь коммуникативных качеств личности и синдрома эмоционального выгорания, что позволило автору рассматривать сформированность этих качеств как прогностический критерий развития СЭВ и разработать программу профилактического тренинга социально-психологической коррекции профессионально-личностных деформаций. Похожие выводы о необходимости психопрофилактики были сделаны ранее О.С. Комовой и Л.Д. Цицюрской (2006), исследовавших проявления СЭВ у 25 палатных медицинских сестер онкологического отделения.

Л.Н. Молчанова (2012) изучала внешние и внутренние психологические механизмы регуляции состояния психического выгорания у представителей социономических профессий (медицинские, педагогические, социальные работники, представители экстремальных профессий). Показано, что у всех представителей профессий помогающего типа в аспекте межпрофессиональной дифференциации, независимо от условий, содержания, специфики их профессиональной деятельности, наблюдаются одинаковые тенденции и закономерности структурно-динамических изменений состояния психического выгорания в его различных фазах. В фазе «истощение» значимо увеличивается уровень выраженности субшкалы «эмоциональное истощение», наблюдаются самые тесные и интегрированные взаимосвязи между «эмоциональным истощением» и «деперсонализацией», а также самые интегрированные взаимосвязи всех субшкал между собой и со свойствами саморегуляции (безответственность и неорганизованность), высокая выраженность состояния психического выгорания влияет на свойства саморегуляции. Показана эффективность программы психопрофилактики состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа, разработанной с учетом общих закономерностей его структурно-динамических изменений.

Синергетическая методология в обеспечении адаптивного профессиогенеза врачебного сообщества явилась основой для концепции мультиуровневой

многодисциплинарной системы предложенной П.И. Сидоровым (2014). Подчеркивая высокую распространенность СЭВ среди медицинских работников и опираясь на синергетику деструктивного профессиогенеза и ментального здоровья, автор предлагает реализовывать профилактические маршруты на донозологическом уровне на базе корпоративных служб ментального здоровья, рассматривая последние как синергетический биопсихосоциодуховный  $\square$ -кластер общества и государства, обеспечивающий превентивно-коррекционную защиту ментального здоровья и лечебно-реабилитационную помощь.

Н.В. Семенова (2014) указывает на необходимость включения в программу подготовки психиатров освоение практических навыков психотерапевтической работы и прохождение личной психотерапии для профилактики синдрома профессионального выгорания, подобной точки зрения придерживаются И.С. Павлов, Н.И. Зенцова и С.С. Фёдорова (2012).

**Заключение.** Распространенность синдрома эмоционального выгорания разной степени выраженности среди специалистов, работающих в психиатрии и наркологии, превышает 70%, наиболее часто встречается фаза резистентности, фаза истощения представлена в одной трети случаев. Выделены общие закономерности структурно-динамических изменений состояния психического выгорания у профессий социономического типа, обеспечиваемые психологическими механизмами регуляции. Изучено множество личностных и средовых факторов, определяющих структуру и формирование СЭВ, в меньшей степени представлены коммуникативные факторы, обуславливающие данный синдром. Активно ведутся поиски профилактики и коррекции синдрома выгорания у помогающих специалистов. Несмотря на активное изучение данного синдрома у врачей разных специальностей, психологов и медицинских сестер, практически отсутствуют работы, посвященные его изучению у социальных работников, младшего медицинского персонала (санитары, буфетчицы), работающих в разных отделениях наркологии и психиатрии.

## 1.5. Приверженность лечению у больных наркологического профиля

*Изучение предикторов приверженности связанных с лекарством и схемой приема* преобладает в зарубежных и отечественных обзорах приверженности. Поиск современных эффективных лекарственных средств в лечении различных наркологических заболеваний, изучение наиболее эффективных схем приема препаратов являются предметом научных изысканий (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В., и соавт., 2009; Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Брюн Е.А., 2010; Крупицкий Е.М., Nunes E. V., Ling W., и соавт., 2013; Тюрина А.А., 2013; Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г. и соавт., 2013, Агибалова Т.В., Недобылский О.В., Любченко Д.А., и соавт., 2014; Chick J., et al., 2000; Shand F., et al., 2003; Feeney G.F., et al., 2004; Herbeck D. M., et al., 2005; Garbutt J.C., et al., 2005; Baros A. M., et al., 2007.).

*Изучение предикторов приверженности, связанных с пациентом и его заболеванием.* В исследовании оценки посещений врача после выписки из стационара С. Sannibale и соавторы (2003) установили, что индивиды мужского пола, более молодые, зависимые от героина с политоксикоманией, отказывавшиеся от опиоидной фармакотерапии, чаще прекращали лечение, после лечения у них быстрее развивался рецидив.

В обзоре научной литературы 2005 года, посвященном исследованию приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у потребителей инъекционных наркотиков, Ю.А. Саранков (2005) подчеркивает важную роль пациента, его настрой, мотивацию, личностные характеристики и образ жизни. Опираясь на мультицентровое исследование (AIDS Clinical Trial Group 384), автор делает вывод, что такие персональные и ситуационные факторы как депрессия, стресс и более низкий уровень образования связаны со слабой уверенностью относительно потенциальной эффективности антиретровирусной терапии и собственных способностей пациента быть приверженным лечению.

D. Herbeck и коллеги (2005) рассматривали предикторы приверженности у индивидов с двойным диагнозом. У пациентов с проблемами приверженности лечению достоверно чаще были расстройства личности, более низкие показатели по шкале глобальной оценки функционирования, а также побочные эффекты лекарственных препаратов (по сравнению с теми, кто соблюдал лечебные рекомендации). В похожем отечественном исследовании Г.И. Алтынбекова (2005) показала, что специфические расстройства зрелой личности (диссоциальное, истерическое, эмоционально-неустойчивое, а также циклотимия) у страдающих опийной наркоманией, с высокой степенью достоверности коррелируют с неудовлетворительным терапевтическим комплайнсом. Формы поведения, демонстрирующие открытую конфронтацию, были характерны для наркозависимых с истерическим расстройством личности и циклотимией. Активный протест в скрытой форме или саботаж наиболее часто встречались у наркозависимых с диссоциальным расстройством личности.

Одним из важных психологических факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению, является готовность к изменениям в поведении (Prochaska J. O., Norcross J. C., 2010). Исследования программ лечения наркозависимых, ориентированных на общество, проведенные M.L. Hiller (2009), показали, что мотивация к лечению является существенным предиктором приверженности пациента к терапии длительное время.

В 2009 г. В.М. Ялтонский предложил теоретическую модель мотивации к лечению у лиц, зависимых от психоактивных веществ, которая представляет собой динамическое многоуровневое образование, имеющее сложную полимерную структуру, являющуюся производным компонентом мотивационного уровня внутренней картины болезни (мотивационный компонент внутренней картины терапии). В данной модели автор выделяет три уровня (негативный, амбитендентно-амбивалентно-неустойчивый и позитивный) и сложную структуру, включающую ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты (предикторы).

Используя данную модель, Я.В. Колпаков (2010) провел исследование уровня и структуры мотивации на лечение у женщин со средней (второй) стадией зависимости от алкоголя. Автор показал, что особенности ценностно-смысловых, эмоциональных, когнитивных и поведенческих предикторов мотивации на лечение взаимосвязаны с существующим уровнем терапевтической мотивации, с вовлечением и удержанием больных в процесс лечения, способствуют либо препятствуют лечебно-реабилитационному процессу. Согласно указанной модели, Я.В. Колпаков и В.М. Ялтонский (2011) выделяют «мишени» психотерапии для каждого уровня мотивации на лечение.

В работе А.Г. Кузнецова (2010), посвященной исследованию больных опийной наркоманией с низкой мотивацией на лечение, уделено внимание выявлению спектра клинико-психопатологических и личностных факторов, ассоциированных с низкой мотивацией к лечению. Опираясь на представление о приоритетном значении нарушений самосознания в патогенезе зависимости от ПАВ, он связывает низкую мотивацию к наркологическому лечению и приверженность к нему, с наличием расстройства личности трех вариантов (импульсивного, эмоционально неустойчивого расстройства личности в сочетании с нарциссическими, гипертимными и диссоциальными чертами; пограничным вариантом эмоционально неустойчивого расстройства личности с выраженной аффективной лабильностью; с расстройствами личности шизоидного и зависимого типов, часть из которых обнаруживают признаки шизотипического расстройства). Для первой группы характерно формальная ориентированность на отказ от ПАВ, но обнаруживается высокое сопротивление психотерапевтическому вмешательству; для второй — ориентированность на проработку и решение психологических проблем, без цели отказаться от ПАВ; для третьей группы характерна формальная ориентация на отказ от ПАВ и на психотерапию, которая в большей степени является формой замещения наркотика. Этим пациентам свойственны грубые формы созависимости, развитие госпитализма и формирование зависимости от психотропных препаратов (антидепрессантов).

И.В. Голощاپов (2010) изучал клиничко-психопатологические характеристики больных с алкогольной зависимостью, обуславливающие комплайнс на лечение. По данным работы общее число пациентов с высокой и устойчивой готовностью к продолжению лечения не превышает 25%, а на последующем амбулаторном этапе только — 20%. Эффективность стационарного лечения больных, адекватность психофармакотерапии не являются предикторами хорошей или даже средней степени комплайенса на последующих этапах амбулаторного лечения и наблюдения. По мнению автора две группы факторов обуславливают уровень комплайенса пациентов: 1). анозогнозия, алкогольные изменения когнитивных процессов и личности; 2). оценка сопутствующего соматического заболевания и его связи со злоупотреблением алкоголем самим пациентом, опыт предшествующего лечения, ожидания от терапии, влияние окружения. Выявлены гендерные различия в факторах комплайенса. Идентифицированы установки, типичные для больных с низким, средним (или неустойчивым), и высоким уровнем комплайенса, показана неоднозначность установок на психотерапию в плане приверженности к психофармакотерапии.

*Изучение предикторов приверженности, связанных с врачом.* Взаимоотношения врача и пациента, основанные на доверии, уважении и понимании, способствуют повышению приверженности, удовлетворенности пациентов и улучшению состояния здоровья, при этом пациент рассматривается как полноправный член команды. При оказании медицинской помощи потребителям наркотиков у врачей возникают трудности в общении с пациентами, что обусловлено рядом негативных установок, выделенных в исследовании 2002 года под руководством J.O. Merrill. Первые связаны с опасением врачей быть обманутыми пациентом (просьбы пациентов выписать наркотические болеутоляющие препараты для купирования боли и синдрома отмены), вторые с отсутствием стандартного подхода для адекватного назначения опиатов (здесь речь идет о заместительной терапии). Кроме этого, врачи избегают выслушивать жалобы пациента, но в то же время не удовлетворены собственным отношением. В-четвертых, пациенты, употребляющие наркотики, болезненно

относятся к тому, что медицинская помощь может быть оказана не должным образом, трактуя непоследовательность или недостатки лечения как намеренно плохое отношение к ним.

***Изучение предикторов приверженности, связанных с отношениями врач — больной.*** Неотъемлемую часть ведения пациентов, способствующую формированию приверженности к терапии, составляют информирование пациентов о заболевании и способах лечения, препаратах и их побочных эффектах, возможности преодоления этих побочных эффектов, о необходимости соблюдения режима и способах достижения этого, что может быть осуществлено путем психообразования (Саранков Ю.А., 2005; М.А. Зиновьева и соавт., 2013).

Т.С. Недодаева (2009) изучала влияние взаимоотношений ВИЧ-позитивных пациентов и медицинского персонала на формирование у больных установки на лечение. Рассматривая качество медицинской помощи как совокупность свойств процесса оказания медицинской помощи, способствующих формированию у пациента чувства удовлетворенности в ходе взаимодействия с медицинскими работниками, автор подчеркнула значимость отношения и внимания медицинских работников к нуждам пациентов, что во многом формируют чувство «удовлетворенности и неудовлетворенности» качеством медицинской помощи и определяет приверженность к лечению.

В.В. Солондаев и Д.В. Сумеркина (2011) провели исследование взаимосвязи установок больных на приверженность, ожиданий больных от лечения с самооценкой и мотивацией достижения 25 лечащих врачей разных специальностей. Авторы показали, что ожидания больного от лечения и комплайнс, которые теоретически интерпретировались как две стороны одного психологического феномена, оказались эмпирически независимы. Профессиональная самооценка и мотивация достижения врача связаны с эффективностью общения врач — больной, выявленные связи в большинстве имеют нелинейный характер.

Е.А. Козленко (2008) подчеркнула важную роль в специалистах среднего звена — медицинской сестры и социального работника в осуществлении

опосредованного комплайнса в условиях психиатрического стационара. Именно с ними у пациента складываются наиболее длительные и эмоционально насыщенные контакты, но патернализм и субъект-объектный характер взаимодействия значительно снижают участие персонала в формировании приверженности лечению.

Согласно данным обзора Р. Еловича (2005) важность терапевтического альянса в наркологической практике отражена во многих исследованиях. Терапевтический альянс, или «рабочий альянс» между пациентом и терапевтом или доктором является сотрудничеством, для которого необходимо согласие в определении целей и задач лечения, взаимное доверие, признание, доверительность и взаимопонимание. Т.В. Агибалова и соавт. (2008, 2010) рассматривают комплайнс у больных алкоголизмом как согласие на лечение, предлагая к использованию когнитивно-поведенческий подход для обеспечения и поддержания согласия на лечение, а В.П. Тучин (2014) разработал и доказал эффективность альянс-центрированной краткосрочной терапии для повышения приверженности к лечению у пациентов с опиоидной наркоманией.

*Изучение предикторов приверженности, связанных со средой.* Р. Batel и коллеги (2004) изучали факторы риска раннего выбывания из программы бупренорфиновой заместительной терапии. Более молодой возраст, отсутствие социальной поддержки, а также ограничения к доступу к медицинской помощи (отсутствие медицинской страховки, прежнего контакта с врачом, назначавшего препараты) достоверно коррелировали с ранним выбыванием.

В обзоре литературы 2010 года С.Л. Плавинский идентифицировал барьеры, стоящие на пути приверженности терапии. Автор провел анализ мероприятий по усилению приверженности к ВААРТ на основе 1002 работ из базы данных журнальных статей Национальной медицинской библиотеки США PubMed, отражающих только экспериментальные исследования, испытывавшие различные методы усиления приверженности терапии в разных областях медицины при помощи рандомизированных контролируемых испытаний. Один из таких барьеров связан с личностными особенностями пациента и его

взаимоотношениями с окружающими, часть связана с последствиями терапии, другим барьером является забывчивость принять препарат. Напоминания в виде электронных систем мониторинга или телефонных звонков, индивидуализация терапии с приспособлением режима приема к стилю жизни пациента чрезвычайно полезны. Важной оказывается и проактивная позиция системы здравоохранения и мультидисциплинарная командная работа, что подчеркивается и отечественными авторами (Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г., 2010; Катков А.Л., 2011; Илюк Р.Д., Берно-Беллекур И.В., Торбан М.Н., 2012).

Иной подход в изучении приверженности представляет Е.Т. Соколова (2011), которая предлагает «вставить» изучение комплайенса в более широкий социально-психологический контекст теоретических и прикладных направлений современной клинической психологии в рамках системной модели. По мнению автора, закрытыми остаются ракурсы, открывающие перспективы изучения комплайенса как частного случая сложных социальных отношений, знаково- и культурно опосредствованных, связанных с целостной индивидуально организованной структурой личности, ее субъектностью, ценностными установками, познавательными и коммуникативными стилями. Кластерный принцип определения ключевых факторов приверженности предлагают О.Н. Федяева, Н. Д. Ющук, Н. А. Сирота, И. П. Балмасова (2014)

**Заключение.** Представленный обзор приверженности к лечению у больных наркологического профиля целиком посвящен длительной терапии и раскрывает причинно-следственные связи в ее формировании. Причина кроется либо в самом пациенте, либо во враче, либо в среде (сюда же мы относим лекарство, схему приема), либо во взаимоотношениях. Приверженность рассматривается как результат или итоговая характеристика, а изучение приверженности базируется на центрических концептах систем психологии. Подчеркивается значимость и неоднозначность взаимоотношений пациента и специалиста на формирование приверженности, что поддерживает наш исследовательский интерес к изучению приверженности с точки зрения полевого подхода, рассматривая ее как взаимообусловленный полевой процесс.

## **ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИИ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ**

Развитие отечественной психоневрологии и психологии, несмотря на некоторую оторванность от мировых тенденций, шло в русле тех же идей. Многие концепции были сформулированы задолго до появления работ Дж. Энжела. Предтечей биопсихосоциальной модели можно считать В.М. Бехтерева (Незнанов Н.Г., Акименко М.А., 2012), В.Н. Мясищева, концепция которого во многом согласуется с системным подходом Б.Ф. Ломова, с теорией функциональных систем П.К. Анохина и с теорией мозговых механизмов А.Р. Лурии, (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., Дубинина Е.А., 2014), А.А. Ухтомского, с его концепцией о биосоциальной природе человека (Абульханова К.А., Воловикова М.И., 2007; Соколова Л.В., 2008; Стрельникова Ю.Ю., Хабибуллин К.Н., 2013).

Полностью разделяя точку зрения Ф. Боррел-Каррио, Р.М. Эпстайн и Л. Сачмен (2006) о биопсихосоциальном подходе как об осмотрительном расширении набора способов и средств, на основе накопленных наукой знаний в интересах каждого участника лечебной среды, мы, совместно с D. Ullman (2009), рассматриваем теорию поля как значимое дополнение к подобным знаниям, способам и средствам. Согласно этому представлению была разработана теоретическая концепция лечебной среды, опирающаяся на современные представления теории поля в гештальт-подходе, методологию экопсихологии, отдельные положения теории поля К. Левина и теорию параллельных процессов.

Ее важными **теоретическими постулатами** являются:

- 1) лечебная среда есть поле «порождающее» ситуацию, представляющее собой процесс;
- 2) порождение ситуации происходит совместно при взаимодействии с Другим, что является обязательным и необходимым условием;

3) под Другим мы понимаем любого участника лечебной среды, присутствующего в ее поле: медицинский персонал, пациент, волонтер, исследователь, наблюдатель;

4) действие участников среды есть функция среды (ситуации), то есть поведение пациента и специалиста являются 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, сочувствия, понимания, интуиции, умозаключений или иного подобного способа;

9) лечебная среда как поле имеет определенные свойства: конфликтность, дружелюбность, эмпатичность, обоюдные ожидания, доверие;

10) диалогическая позиция есть приобретенный, специально тренируемый навык;

11) нет объекта исследования, не зависящего от действия, которое осуществляется с ним, исследователь — участник исследовательского эксперимента.

Представление о лечебной среде как о процессе вызывает трудности в его описании. Мы осознаем, что любое описание есть описание структуры или статического состояния определенного момента процесса, по сути, обрывающего его. Отсутствие процессуального языка подвигло нас обратиться к терминологии наиболее близкого к выбранному нами теоретического подхода — экопсихологии, в центре внимания которой стоит изучение «зазора» между организмом и средой. Целиком разделяя мнение В.А. Мазилова (2010) о значении методологии экопсихологических исследований для всей современной психологии, мы

воспользовались принципами принятыми в описании эколого-психологических исследований. Это предметно-содержательный, экологический, деятельностный и функциональный принципы (Панов В.И., 2011). В своей работе мы используем следующие из них.

**Экологический принцип** — лечебная среда рассматривается как жизненная среда, представляющая возможность (или препятствующая) удовлетворению жизненных потребностей человека.

На основе этого принципа мы рассматриваем профессиональную деятельность как способ удовлетворения потребности в самоактуализации, а также выделяем уровни оказания специализированной помощи наркологическим пациентам и их семьям. Выделение данных уровней позволяет предоставлять помощь, исходя из актуальных потребностей пациента и членов его семьи — определяющего условия присоединения к пациенту и/или семейной системе. Признание актуальной потребности не означает необходимости ее удовлетворения, но создает возможность формирования иных потребностей (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001), в том числе, потребности в отказе от потребления психоактивных веществ, что совпадает с основной задачей, стоящей перед системой оказания наркологической помощи в нашей стране.

Мы выделяем 5 уровней оказания мультипрофессиональной наркологической помощи, исходя из преобладающей потребности пациента в отношении потребления наркотика (Городнова М.Ю., 2010, 2013, 2014).

**Уровень 1.** Активные потребители ПАВ, удовлетворяющие актуальную потребность в употреблении. Они не нуждаются в наркологической помощи и не обращаются за ней. Это контингент, на удовлетворение потребностей которого рассчитаны программы снижения вреда (предоставление жилья, условий безопасного потребления и т.д.).

**Уровень 2.** Активные потребители ПАВ, обратившиеся за специализированной помощью, но без мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это пациенты, которые стремятся «сбить дозу» и вернуться к «контролируемому»

употреблению. Их обращение в наркологическую службу связано с желанием облегчить страдания, обусловленные употреблением, но не прекратить его.

**Уровень 3.** Пациенты, стремящиеся к отказу от употребления наркотиков и обращающиеся за многоплановой помощью. Потребность в отказе от наркотика находится в стадии формирования, носит неустойчивый характер. Как правило, пациент заявляет о своем желании словами «Я хочу прекратить употребление».

**Уровень 4.** Пациенты, которые приняли решение прекратить употребление и сохранять трезвость. Чаще всего это участники реабилитационных программ, которые ищут ответ на вопрос «Как сохранить трезвость?».

**Уровень 5.** Пациенты, находящиеся в устойчивой ремиссии более 2–3 лет. Они имеют иные потребности, не связанные напрямую с проблемой употребления ПАВ.

Оказание мультипрофессиональной помощи пациенту и семье, возможно на каждом уровне, однако ее объем, форма и содержание будут определяться их актуальными неудовлетворенными потребностями. Пациенты первых четырех уровней встречаются в наркологическом стационаре, понимание уровня, на котором находится пациент, позволит специалисту наиболее эффективно выстроить взаимодействие с ним и его близкими.

Оказание помощи пациентам первого уровня заключается в предоставлении им возможности удовлетворить их актуальные потребности, такие например, как потребность в безопасности, базовые потребности в питании, сохранении жизни и здоровья. Они не нуждаются в специализированной помощи, а обращаются в наркологический стационар из-за отсутствия у них жилья, еды, в ситуации преследования со стороны правоохранительных органов и т.д. Такие пациенты, как правило, при возможности удовлетворения их потребностей за пределами стационара покидают его. Признание их потребностей, отказ от обвинений и принуждения к лечению и реабилитации, позволяет сохранить их доверие к системе оказания наркологической помощи и обеспечивает возможность формирования у них потребности в отношении прекращения употребления ПАВ, как условия желаемых жизненных изменений. Работа с семьей на первом уровне

будет заключаться в оказании помощи для сохранения ее организации и оптимального функционирования. Прежде всего, это поддержка членов семьи. Пациент активно наркотизируется и не принимает никакого участия в работе. С одной стороны, здесь необходимо создать условия для защиты семьи от последствий наркотизации ее члена, а, с другой, — сохранить возможность обращения пациента к семейной системе в случае его решения принять специализированную помощь. Потребности членов семьи и пациента не совпадают, происходит функционирование семьи «без пациента». Семья может искать защиты и поддержки от специалиста, желать временного освобождения от приносящего страдания члена семьи. Готовность к семейной психотерапии, направленную на избавления члена семьи от пристрастия, семья, как правило, не имеет. Признание потребностей в безопасности, отдыхе, права на «собственную жизнь» членов семьи является важным условием присоединения к семье и создания плацдарма для возможного будущего терапевтического альянса.

На втором уровне пациент заинтересован в получении наркологической помощи для облегчения последствий употребления. Обычно, они рассчитывают на возможность контролируемого употребления после лечения, без изменения обычного уклада жизни. Признание их права на выбор пути позволяет сохранить приверженность к системе оказания полипрофессиональной наркологической помощи. Оказание помощи близким больного на втором уровне содействует поддержанию устойчивости семейной системы к разрушающему действию употребления ПАВ одним из ее членов. Необходима поддержка и создание функциональных адаптивных семейных механизмов, сохраняющих психическое и физическое здоровье ее членов в случае ухудшения состоянии больного. Пациент демонстрирует страдания, являющиеся следствием употребления наркотика, ищет помощи и поддержки в их облегчении, но не имеет истинной потребности в изменении своего образа жизни. Пациент и члены семьи обращаются за наркологической помощью. Цели членов семьи и пациента «ложно» совпадают, как если бы лечение в наркологической клинике являлось общей задачей в избавлении от зависимости. В этом случае помощь семье в удовлетворении

желания пациента в лечении будет подкреплять его наркоманическое поведение (потребности в дальнейшем потреблении наркотика), поэтому работа с семьей нацелена на осознание роли семьи в поддержании этого поведенческого паттерна и отказ от нее. Важно продолжать поддерживать семью, побуждая ее членов к удовлетворению их личных потребностей, придавая этому значимость и ценность. Члены семьи могут осознано желать «временной передышки», хорошо понимая, что стационарное лечение скорее временная изоляция пациента, а не истинный его отказ от употребления наркотиков. При этом включаться в семейную терапию семья не намерена. Важно признать право членов семьи на их осознанный выбор, а не вызывать у них чувство вины. Под осознанностью подразумевается, что семья приняла ответственное решение.

Пациенты первого и второго уровня, на наш взгляд, преобладают в лечебной среде наркологического стационара. С их окружением следует работать на преодоление сопутствующего феномена созависимости, укрепляя их собственные границы и способствуя идентификации их потребностей, ценностей и смыслов (Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж., 2012). Следует признать, что отсутствие ресурсов лечебной среды не позволяет осуществлять данный вид деятельности в полной мере.

На третьем уровне работа и с пациентом, и с семьей выстраивается вокруг формирующейся потребности пациента к отказу от употребления наркотиков. Эта потребность является общесемейной и может служить для объединения всех членов семьи, включая пациента. Вовлечение семьи в работу на этом уровне может оказать решающее значение в укреплении мотивации пациента на отказ от употребления ПАВ и принятие им разноплановой помощи. После утвердительного ответа на вопрос, «Хочешь ли ты прекратить употреблять наркотики?», пациенту и его родственникам важно найти ответ на другой вопрос: «Как это можно сделать?». Актуализация существующих семейных и вне семейных ресурсов дает возможность членам семьи справиться с ощущением беспомощности, позволяет им почувствовать себя способными принимать решения. Вопросы следующего типа позволяют обнаружить эти семейные

ресурсы: «Какие кризисы в прошлом переживала Ваша семья, и как их преодолевали?», «Кто и как из членов семьи может помочь?», «Какое влияние члены семьи имеют на больного?», «От чего Вам приходилось отказываться для решения сложных проблем в прошлом?». Опираясь на ресурсы, семья находит собственное решение для ответа на вопрос: «Что мы можем сделать для того, чтобы наш близкий прекратил потреблять наркотик?». На такой вопрос отвечает и сам пациент.

Работа с пациентом и семьей на четвертом уровне строится на сформированной потребности пациента сохранить трезвость. Это общее сознательное желание всех членов семьи, вокруг него и ведется работа. Важно, чтобы члены семьи осознали существующие в семье механизмы, сохраняющие и поддерживающие поведенческие паттерны, ведущие к возобновлению наркотизации, и изменили их. Основным вопросом этого этапа «Как сохранить трезвость?». Ответ на этот вопрос ищут все члены семьи, осознавая, как это связано с их потребностями и целями в жизни.

Работа с пациентом и семьей на пятом уровне практически не отличается от семейной психотерапии с семьей, имеющей трудности в преодолении горизонтальных и вертикальных семейных кризисов, стрессовых событий жизни и происходит за пределами наркологического стационара. Это работа с привычными семейными паттернами, которые могут дестабилизировать семейную систему, и они напрямую не связаны с проблемой употребления ПАВ.

Понимание и принятие потребностей членов семьи на каждом уровне позволяет специалисту избежать искушения вылечить пациента согласно собственным представлениям о его благе и необходимости отказа пациента от употребления наркотиков, а также позволит членам семьи сохранить уважение к себе, несмотря на существующую тяжелую социальную проблему и их причастность к этому.

Данный подход соответствует концепции ориентированности на клиента, как системной философии «услуг» J. Szweitzer (1995), что предполагает ориентированность на то, что субъективно желает пациент, а не на представления

профессионалов о том, что ему необходимо (Цит. по Шлиппе А., Швайтцер Й. Учебник по системной терапии и консультированию. — М.: Институт консультирования и семейных решений, 2011. — С. 135–137). Работа, ориентированная на клиента, помогает сэкономить излишние усилия, особенно тогда, когда настоящие требования клиентов отсутствуют, а к профессионалу предъявляют требования третьи лица (родственники, органы социальной защиты или правоохранительные органы). Оказываясь в ситуации невозможных заказов, специалист находится в зоне противоречий виденья ситуации пациентом и своим, или противоречий, когда «внешние» заказчики не имеют общего мнения относительно того, что могли бы сделать специалисты. Профессиональные и личные ценности медицинских специалистов вступают в конфликт с этической и практической ориентированностью государственных и коммерческих организаций здравоохранения, их бюрократическим аппаратом, что повышает риск выгорания (Gabel S., 2013). Ориентированность на клиента позволяет преодолеть данные противоречия и снизить риск формирования СЭВ. Понятия клиент и пациент в данном случае синонимичны.

**Деятельностный принцип** — лечебная (учебная) среда предстает как пространство возможностей для овладения различными видами человеческой деятельности, необходимых для социализации и индивидуализации человека: учебной, профессиональной, реабилитационной.

В нашем исследовании это овладение специалистами необходимыми профессиональными компетенциями в учебной и лечебной среде, а пациентами — необходимыми навыками в сохранении приверженности лечению и лечебной среде. Фокусом нашего внимания стали эмпатические способности, как необходимый навык помогающего специалиста и приверженность долгосрочному лечению и к лечебной среде, как необходимая деятельность пациента для эффективного совладания с болезнью и ее проявлениями.

**Функциональный принцип** — лечебная среда рассматривается из той функциональной роли, которую она играет в качестве компонента системы «человек — окружающая среда»: *фактор*, демонстрирующий средовое

воздействие на психику человека; как *условие* осуществления жизнедеятельности человека и *средовые возможности* удовлетворения его потребностей; как *объект профессиональной* деятельности.

*Факторами лечебной среды*, оказывающими воздействие на деятельность ее участников и обеспечивающие привлекательность лечебной среды для пациента, являются: наличие реабилитационной программы, профессионализм врача, доброжелательность специалистов, условия пребывания, наличие знакомых в отделении и др. Исследование влияния факторов среды на процесс приверженности пациентов к долгосрочному лечению.

*К условиям* осуществления жизнедеятельности человека в лечебной среде мы относим эмпатию как полевую характеристику и свойство поля. Эмпатическая насыщенность среды определяет облегчающие условия для приближения к осознанности актуальной потребности пациента и его выбора в дальнейшем действии. Эмпатические способности во взаимодействии определяют возможность контакта с собственными потребностями и обретению формы их удовлетворения в соответствии с ситуацией, иными словами, принятие решения и дальнейшее действие по его осуществлению.

*Средовые возможности удовлетворения потребностей* пациентов в лечебной среде проявляются в возможности найти временное жилье, облегчить страдания, избежать судебного наказания, улучшить здоровье, в целом улучшить качество жизни. Изучение качества жизни пациента в условиях наркологического стационара, позволило рассматривать последний как средовой ресурс совладания с последствиями наркотизации.

Изучение лечебной среды с позиции *объекта профессиональной деятельности* сфокусировано на исследовании проявлений синдрома эмоционального выгорания у специалистов и взаимосвязи его с эмпатическими способностями. Именно проявления СЭВ и эмпатические способности лежат в основе эффективности профессиональной деятельности и сохранении профессионального здоровья специалиста. Исследование факторов учебной

среды, способствующих редукции СЭВ и коррекции эмпатических способностей, явилось следующим фокусом нашего научного интереса.

*Типы взаимодействия в лечебной среде* наркологического стационара описаны на основании наших эмпирических наблюдений с использованием терминологии принятой в экопсихологических исследованиях.

*Объект-объектный тип* имеет место в тех случаях, когда взаимодействие имеет сугубо абстрактный и формальный характер, пассивно-ролевая позиция каждого из участников определяется следованием предписанным ролям (пациент, специалист) и игре «специалист-пациент». Что может быть описано общей установкой: «я здесь, чтобы лечить тебя, а ты, чтобы лечиться, и наоборот, я лечусь, а ты лечи», без учета истинных потребностей и намерений каждого из участников. Пассивное отношение к изменению среды с обеих сторон.

*Объект-субъектный тип* взаимодействия соответствует ситуации пассивной роли специалиста, следующего за активностью пациента в его требованиях, пациент активен в анализе, оценке и действиях по преобразованию лечебной среды, ее компонентов и субъектов. Это может проявляться в требовании конкретных диагностических и лечебных процедур, изменения условий пребывания в среде. Так действия пациентов по доставке психоактивных веществ в среду наркологического стационара, требования назначений опиатсодержащих препаратов отражают именно этот тип взаимодействия.

*Субъект-объектный тип* взаимодействия характеризуется активной позицией специалиста, воспринимающего Другого как объект своего воздействия, требующей беспрекословного подчинения. Пациент занимает пассивную позицию без должного участия в своем выздоровлении. Патерналистическая медицина является ярким примером описываемого типа, в этом случае позиция специалиста, знающего, что нужно пациенту, не допускает иного взгляда на процесс лечения и реабилитации и требует пассивного подчинения.

*Субъект-субъектный тип* отличается взаимной активностью, но проявляется разными аспектами взаимодействия человек — лечебная среда. Выделено три подтипа.

*Субъект-обособленный тип* характеризуется взаимным убеждением участников в правильности своего решения проблемного вопроса, не принимая во внимание субъектность Другого, его мнение и потребности, при отсутствии общей цели. Диалог между участниками невозможен и конструктивного решения не может быть найдено ни для одной из сторон. Примером может служить стремление специалиста удержать пациента в лечебной среде, а пациент активно стремится уйти из нее, что может быть представлено, как борьба за право обладать собственным мнением.

*Субъект-совместный тип* взаимодействия определяется конструктивным диалогом между специалистом и пациентом при уважительном отношении друг к другу, наличием совместной цели, но при отсутствии изменений субъектности. Общей целью может быть приверженность лечебной среде, без обязательного длительного пребывания в ней, что позволяет пациенту неоднократно обращаться за специализированной помощью даже при продолжении потребления ПАВ.

*Субъект-порождающий тип* взаимодействия определяется активностью позиции и действий всех участников по достижению общей цели, что приводит к изменению субъектности участников. Примером может служить участие в реабилитационных программах, в которых посредством диалога и встречи происходит изменение каждого участника: и специалиста и пациента. Это пример понятия «встречи» в гештальт-подходе.

***Производные лечебной среды.*** *Приверженность* это производная лечебной среды, полевой динамический процесс, порождаемый от ситуации к ситуации диалогическим взаимодействием с Другим (Городнова М.Ю., 2012; Brownell, P., 2012). Мы рассматриваем приверженность как динамический, растянутый во времени процесс. Говоря о приверженности в наркологической практике, на наш взгляд, следует рассматривать не столько приверженность к конкретному виду лечения, сколько приверженность к системе оказания многопрофильной помощи, ориентированной на улучшение качества жизни наркологического больного. При таком взгляде на проблему приверженность может быть представлена как последовательный процесс вовлечения и удержания пациента в существующей

системе полипрофессиональной помощи, формирующей потенциальную возможность дальнейшего изменения совладающего поведения пациента с заболеванием и его последствиями, возможность формирования установки на трезвость. В этом случае «вход в систему» (или «первый этап») есть не что иное, как среда наркологического стационара, и пребывание в ней больного является вовлечением его в систему оказания помощи. Наличие приверженности к стационарному лечению (пусть очень непродолжительному) у больных с низкой мотивацией к долгосрочному лечению указывает на формирование доверия к существующей системе, возможность удовлетворить в ней актуальные потребности и изменить свое поведение в отношении употребления ПАВ.

*Синдром эмоционального выгорания* есть взаимообусловленный динамический процесс, порождаемый в ситуации взаимодействия с Другим лечебной средой, меняющийся от ситуации к ситуации и отражающий профессиональное здоровье/нездоровье специалиста. Он тесно связан с *эмпатическими способностями*, обуславливающими наиболее эффективный субъект-субъектный тип взаимодействия.

Мы рассматриваем *эмпатию* как развивающуюся в результате жизни и профессиональной деятельности способность, а также как полевую характеристику, обуславливающую облегчающую лечебную среду. Открытие в 1997 г. итальянским ученым Дж. Риццолатти с коллегами зеркальных нейронов (Риццолатти Дж., Синигалья К., 2012; Rizzolatti G, Craighero L, 2004) позволило говорить о зеркальном принципе работы мозга в целом (Бауэр И., 2009; Preston S., de Waal F., 2002; Lamm C. et al., 2004; Vignemont F., Singer T., 2006; Praszkie R., 2014), и исследовать эмпатию с новым осмыслением (Косоногов В., 2009; Stueber K, 2006). Опора на данные исследования позволила нам разделить эмпатические способности, выделенные В.В. Бойко, на врожденные и на приобретенные (Городнова М.Ю., 2014). С одной стороны, эмпатия является необходимой врожденной способностью для выживания младенца, определяя его способность интуитивно предугадывать намерения взрослого и доводить их до завершения, или, по-другому, способствуя эмоциональному созвучию, своеобразному контакт

с кем-то другим (синтония по К. Обуховскому, 2003). С другой стороны, на протяжении жизни эмпатия развивается и может формироваться специальными методами в ходе научения.

К врожденным способностям мы относим эмоциональный канал эмпатии, отражающий способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать, быть эмоционально созвучным и интуитивный канал, обуславливающий способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании, некое интуитивное предугадывание. По мнению М. Polanyi (1974), D.A. Schon (1987) профессиональная компетентность в большей степени основана на имплицитном, чем явном, знании.

Установки, способствующие эмпатии и проникающую способность, обеспечивающую создание атмосферы доверия и безопасности, мы относим к приобретенным навыкам, которые формируются в течение жизни. Именно они могут активно развиваться в ходе учебного процесса.

Рано формируются и определяют эмпатию два других эмпатических канала. Потребность в новых впечатлениях, лежащая в основе поисковой исследовательской деятельности ребенка и определяющая любознательность и интерес к миру, лежит в основе рационального канала эмпатии, который обуславливает спонтанный интерес к Другому, направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на другого человека в силу его бытия. Способность к идентификации также развивается с возрастом ребенка, который через проекции в играх идентифицирует себя с разными ролями и значимыми лицами. Способность поставить себя на место другого, увидеть мир его глазами — важное эмпатическое качество.

Снижение представленности одного из каналов эмпатии может компенсироваться развитием другого. При стрессе чаще и интенсивнее используются «ранние» эмпатические способности, что может приводить к потере собственных границ. В психоаналитической литературе это явление определяется

как аффективное заражение, контрперенос или проективная идентификация, что ведет к потере себя и, как следствие, является причиной разрушения терапевтического альянса (Эйтчегоен Г., 2005). Работа с «трудными» пациентами, к которым, несомненно, относятся больные наркологического профиля, нередко сопровождается стрессовыми событиями, что ведет к искажению и редукции эмпатических навыков. Как высокий, так и низкий уровень эмпатии является негативным фактором в установлении эмпатической связи (Гринсон Р., 2003). Представленное положение лежит в основе интерпретаций полученных результатов.

***Свойства (характеристики) поля.*** К ним мы отнесли эмпатическую насыщенность, доверие, конфликтность, ожидания от лечения и установки участников лечебной среды на критерии эффективности лечения.

Наши эмпирические наблюдения позволяют отметить высокую конфликтность лечебной среды наркологического стационара и низкий уровень доверия в ней. Отказ от заполнения предложенных анкет среди специалистов составил более 50%! Только специалисты отделения, в котором автор проработала более 5 лет, в 90% случаев заполнили методики. Отмечено недоверие не только между специалистами и пациентами, но и между самими специалистами, что не позволило создать супервизионную группу непосредственно в отделении. Специалисты в своем устном отказе ссылались на отсутствие безопасности: страх оценки, наказания и даже опасения в плане преследования. Для создания атмосферы доверия требуется продолжительное время. Зависимость от психоактивных веществ можно назвать не только болезнью потери контроля и границ, но и болезнью утраты доверия к себе и окружающему миру, что сопровождает всех участников лечебного процесса (нельзя доверять пациенту, он же наркоман!) и ярко отражает параллельные процессы.

Приобретение и развитие профессиональных компетенций специалистов психиатрического профиля происходит в учебной среде в условиях прохождения ими циклов тематического и общего усовершенствования в системе последипломного образования. Наличие тесной связи эмпатии и СЭВ,

обнаруженной ранее, позволило нам предположить наличие *здоровьесберегающих факторов* учебной среды и изучить их взаимосвязь с динамикой и коррекцией эмпатических способностей и проявлений СЭВ.

**Учебная среда как корректирующая среда синдрома эмоционального выгорания.** Опираясь на теорию параллельных процессов и теорию поля в супервизии (Уильямс Э., 2001; Ховкинс П., Шохет Р., 2002; Булюбаш И.Д., 2003; Пеппи К., 2006; Fraisse, A., 2005; Hewitt Taylor J., Poole S., Rodway R., Tyson R., 2006; Ginger S., 2007; Delacroix J.-M., 2009; Tracey T.J., Bludworth J., Glidden-Tracey C.E., 2012), согласно которой параллельный процесс рассматривается как присутствующая внутри системы тенденция возникновения аналогичных друг другу форм, распространяющаяся как снизу (от клиента), так и сверху (от супервизора) (Searles H.F., 1955; Doehrman M.J., 1976; Mcneill B.W., Worthen V., 1989), мы рассматривали учебную среду как место формирования новых навыков посредством супервизионного процесса и межличностного преподаватель-слушатель взаимодействия в учебной среде. Это отвечает современным тенденциям в последипломном обучении (Francke A.L., de Graaff F.M., 2012; MacDonald J., Ellis P.M., 2012). Эффективное использование теории поля в последипломной подготовке медицинских сестер (Kelly T., Howie L., 2011) и будущих учителей (Soff M., 2013) поддержало нас в выбранном направлении.

Развивая биопсихосоциальный подход, основанный на социальном конструктивизме и теории систем и преодолевающий дуализм и причинно-следственный детерминизм с помощью циркулярной причинности и линейной аппроксимации (Borrell-Garrido Fr., Suchman A.L., Epstein R.M., 2004), теория поля, делает фокусом исследователя взаимообусловленный процесс взаимодействия участников в ситуации многофакторной непредсказуемости. Постулируя невозможность предсказания развития событий, обуславливает необходимость признания факта того, что сам специалист становится инструментом в создании облегчающей среды, что требует от него осознанного присутствия в ситуации взаимодействия. Специалист становится включенным в ситуацию открытым опытом и готовый к риску встречи с неожиданностью исследователем. Осознанное

использование эмпатических способностей определяет возможность создания ситуации встречи, ведущей к новому опыту и изменениям. Низкая способность к осознанию обуславливает эмоциональное выгорание и потерю субъект-субъектных отношений. Биопсихосоциальный подход, развиваемый на основе теории поля в гештальт-терапии, предъявляет следующие требования к специалисту: осознанность, интерес, эмпатия, интуиция, признание обоюдности конструирования ситуации и взаимовлияния, участная позиция исследователя и практика.

Разработанная концепция психологии лечебной среды носит прикладной характер, побуждая специалиста сохранять интерес и переживание новизны каждой ситуации контакта с пациентом, уникальности «обыденного» случая, что не только обеспечивает эффективность взаимодействия в построении рабочего альянса, но и сберегает профессиональное здоровье специалиста. Признание ответственности каждого участника лечебной среды за решения и действия в ней, позволяет разделить ответственность за эффективность лечения между всеми участниками лечебной среды. Поддержание и развитие эмпатических навыков важная задача каждого представителя социомической профессии, что обеспечивает субъект-субъектные отношения, основанные на взаимном уважении и признании права выбора. Непрерывное профессиональное образование и развитие обеспечивает профессионализм и сохраняет психическое здоровье помогающего специалиста.

Исходя из представленной теоретической концепции, мы провели диссертационное исследование.

## ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1. Характеристика участников исследования

Исследование проводилось на анонимной и добровольной основе на 4 выборках респондентов: слушатели циклов последипломного обучения, пациенты наркологического стационара, специалисты наркологического стационара, участники супервизионной группы.

Выборка 1. Исследование распространенности СЭВ, эмпатии и ее каналов, актуального психоэмоционального статуса, их взаимосвязи и динамики в ходе обучения у специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологическую 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 и т.д.) 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 и получать лечение пролонгированной формой налтрексона. 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, составивших преобладающую часть больных 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 потребления ПАВ —  $14,1 \pm 0,5$  года (от 3 месяцев до 40 лет), длительность 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, которые представлены 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 работала в вечернее время. Исследование проводилось дважды до начала и после завершения супервизии.

### **3.2. Методы исследования**

В работе были использованы клинико-биографический (сбор анамнеза, анализ историй болезни), клинико-психологический (интервьюирование, включенное наблюдение, психодиагностические методики, анкетирование) и статистические методы. Ниже приведены методы для исследования отдельных характеристик и параметров.

1. Исследование клинических и социально-психологических характеристик состояния наркозависимых пациентов включало анализ историй болезни и оценку истории наркотизации по специально разработанной анкете. Для количественной оценки клинических и социально-психологических характеристик состояния наркозависимых пациентов использовался адаптированный М.Л. Зобиным

вариант опросника «Профиль аддикции» (The Maudsley Addiction Profile — MAP) (Зобин М.Л., 2009; Marsden J. et al., 1998), валидность и надежность которого подтверждена результатами многократных зарубежных и отечественных исследований (Зобин М.Л., Егоров А.Ю., 2008; Зобин М.Л., Яровой В.С., 2012; Marsden J., Nizzoli U., Corbelli C. et al., 2000; Bacskai E., 2005). Опросник состоит из 60 вопросов, описывающие четыре проблемные области наркотизации: употребление психоактивных веществ (B), поведение, связанное с риском для здоровья (C), состояние здоровья (D) и личностно-социальная адаптированность (E). Методика позволяет оценивать поведение в течение 30 предшествующих опросу дней (Приложение 1).

Заполнение опросника происходило в разные дни пребывания пациента в стационаре, что было основанием для выделения групп сравнения. До 7-го дня ответы на все необходимые вопросы дали 108 человек, с 8 по 14-й день — 30, с 15 по 30-й — 19, с 31 по 108-й — 19. На первом этапе мы проводили исследование всей выборки пациентов (n=183). С учетом закономерного снижения некоторых показателей опросника «Профиля аддикции» в связи с изоляцией в стационаре на втором этапе исследования мы изучали показатели в группе пациентов, заполнивших опросник в первые 10 дней госпитализации (n=130).

2. Исследование качества жизни пациентов проведено с помощью опросника SF-36, подтвердившего свою надежность и валидность многочисленными исследованиями (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Ware J. E., 2000). 36 развернутых вопросов опросника сгруппированы в 8 основных шкал: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Количественно оценивались значения 8 шкал, описывающих два основных показателя — физический и психологический компоненты здоровья. Показатели шкал варьируют от 0 до 100 баллов, при этом, чем выше значение, тем больше благополучие (Приложение 2).

Пациенты заполняли опросник на разных сроках госпитализации. До 7 дня ответы на все необходимые вопросы дали 108 человек, с 8 по 14-й день — 30, с 15 по 30 — 19, с 31 по 108-й — 19. На первом этапе анализировали показатели шкал качества жизни на всей выборке пациентов с опиоидной наркоманией. Проведено сравнение результатов с популяционными показателями и показателей качества жизни в группах с разными сроками госпитализации.

Второй этап предполагал анализ результатов пациентов, заполнивших опросник до 10-го дня пребывания в отделении (130 чел.). Проведено сравнение показателей качества жизни в группах, имеющих разное количество госпитализаций за год, а также сравнение изначальных показателей качества жизни в группах с разной продолжительностью настоящей госпитализации. Группа 1 (< 7 дней) — 41 чел., группа 2 (8-14 дней) — 57 чел., группа 3 (15-30 дней) — 21 чел., группа 4 (>30 дней) — 11 чел. Учитывая достоверные различия между группами, корреляционный анализ сделан в двух группах пациентов: заполнивших опросник до и после 30-го дня госпитализации.

3. Исследование эмпатии проведено в первых трех выборках с помощью методики В.В. Бойко (2001) «Диагностика уровня эмпатических способностей», позволяющей диагностировать 4 уровня эмпатии (очень низкий ( $\leq 14$  баллов), заниженный (15-21 балл), средний (22-29 баллов) и очень высокий ( $\geq 30$  баллов)) и представленность 6 эмпатических каналов (рациональный, эмоциональный, интуитивный, установки, способствующие эмпатии, проникающая способность и идентификация). Методика широко применяется в современных исследованиях уровня эмпатии (Вартанян В.М., 2007; Терентьев И.А., 2007; Бекренев В.Д., 2008; Дементьев И.В., 2013) (Приложение 3). Выраженность эмпатии и ее каналов у респондентов сравнивалась как внутри выборок, так и между группами пациентов и сотрудников наркологического стационара.

4. Исследование синдрома эмоционального выгорания проводилось у сотрудников наркологического стационара, слушателей циклов последипломного образования и участников супервизии с помощью опросника «Профессиональное выгорание вариант для медицинских работников» русскоязычная версия Н.

Водопьянова, Е. Старченкова (2008), построенного на основе модели «психического выгорания» К. Маслач и С. Джонсон. С помощью статистической обработки полученных данных доказана ретестовая надежность опросника, как для отдельных пунктов, так и для его шкал (Водопьянова Н.Е., 2009; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2009). Опросник позволяет диагностировать интегральный показатель выгорания, указывающий на его степень (низкая, средняя, высокая, очень высокая) и уровень профессионального выгорания по трем субшкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация/цинизм, профессиональная успешность (Приложение 4).

5. Исследование эффективности оказания наркологической помощи и ее критериев проводилось с помощью специально разработанных анкет в виде полуструктурированного интервью, отдельно для пациентов (часть вопросов Приложения 1) и специалистов (Приложение 5).

Пациенты имели возможность выбора предлагаемых вариантов ответов и могли указать собственный вариант, выбрав любое количество ответов. Заполнение анкет происходило с первого дня пребывания пациента на отделении. До 10 дня пребывания анкеты заполнили 71% (130) респондентов, до 21 дня — 82,5% (151), остальные 16,5% пациентов (32 участника реабилитации) свыше трехнедельного пребывания в отделении.

Для исследования степени удовлетворенности, критериев и оценки эффективности оказания наркологической помощи сотрудникам было предложено заполнить авторскую анкету в виде полуструктурированного интервью, содержащую анкетную часть, вопросы, предусматривающие варианты ответов и 6 вопросов в виде незаконченных предложений. Открытые предложения предлагали дать собственный вариант ответа о критериях эффективности наркологического лечения и отражали типичные ситуации в отделении. Примерами таких предложений могут служить следующие открытые высказывания: «Я считаю, что оказание наркологической помощи может считаться эффективным, если...», «Когда пациент вновь поступает в отделение, я думаю, что...».

6. Для исследования установок в лечебной среде стационара сотрудникам было предложено заполнить авторскую анкету в виде полуструктурированного интервью, содержащую анкетную часть и незаконченные предложения, которые отражали типичные ситуации в отделении (Приложение 5). Пять незаконченных предложений ориентированы на выявление установок сотрудника в плане оказания наркологической помощи и одно на идентификацию его эмоциональных переживаний («В отделении я часто испытываю чувства...»). Несмотря на то, что в незаконченных предложениях преимущественно предполагались когнитивные ответы (думаю, считаю), специалисты не редко заканчивали предложения, описывая свое эмоциональное состояние. Поэтому для дальнейшей статистической обработки полученного материала, мы разделили все высказывания на когнитивные (К) и эмоциональные ответы (Э), придав им позитивный (+) или негативный (-) знак. Кроме этого, мы выделили вектор направленности высказывания (кого оно касается): на пациента, специалиста, среду пациента, заболевание, лечение, организацию наркологической помощи. Частота одного выбора составила от 0 до 4 раз.

7. Разработанная полуструктурированная анкета для слушателей позволяла получить отдельные биографические данные, представления о профессиональной идентификации, оценку проведенного обучения на кафедре, реализации ожиданий от обучения (Приложение 6.).

8. Исследование актуального психического состояния слушателей и его динамики проводилось с помощью теста дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б., 1973), предназначенного для оценки функционального состояния и его изменения под влиянием различных воздействий в естественных условиях (работа, учеба). Тест валидизирован и стандартизирован на отечественной выборке, широко используется в психодиагностике, особенно в исследованиях связанных с психопрофилактикой и позволяет диагностировать психофизиологический феномен — утомление (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004; Вассерман Л.И.,

Трифонов Е.А., Щелкова О.Ю., 2011). Методика представлена 30 парами слов и словосочетаний, описывающих самочувствие, активность и настроение (10 пар на каждое состояние). Самооценка характеристик своего функционального происходит по семиступенчатой шкале (Приложение 7.). При анализе функционального состояния обращается внимание на соотношение показателей, при утомлении происходит относительное снижение самочувствия и активности по сравнению с настроением. Оценки более 4 баллов свидетельствуют о благоприятном состоянии респондента, оценки ниже 4 о противоположном. Средние оценки по отечественным выборкам составляют 5–5,5 баллов.

9. Для исследования уровней тревожности, агрессивности, фрустрации и ригидности у слушателей использована методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку), данный тест давно и широко используется для самодиагностики среди различных групп респондентов и показал свою валидность и надежность (Айзенк Г., 2006; Райгородский Д.Я., 1998, 2011). Методика диагностирует низкий, средний и высокий уровень данных показателей (Приложение 8.)

10. Исследование профессиональных качеств психотерапевта проведено с помощью опросника «Психологический портрет психотерапевта». Он был создан в 1993 г. Э. Г. Эйдемиллером, Н. Л. Васильевой и Н. В. Александровой для оценки профессионального соответствия психотерапевта и эффективности процесса обучения (неопубликованные данные). На первом этапе создания опросника методом компетентных судей (экспертов в количестве 11 человек) был составлен реестр личностных и профессиональных качеств, наличие которых желательно для психотерапевта. Были сформулированы 37 утверждений отражающих либо наличие желательных для профессионала качеств, либо наличие сугубо противоположных (условно «вредных») личностных характеристик. Респондент оценивал степень наличия у себя качеств по 4-х бальной шкале: да, мне это свойственно на 25%, на 50%, на 75%, на 100%. Исследование проводилось среди врачей слушателей циклов ТУ по психотерапии СПб МАПО в 1993 г. среди 131 слушателя до и после обучения на цикле. Отслеживалась динамика по каждому

утверждению. Утверждения, по которым отсутствовала динамика, исключались из опросника. Анализ данных позволил выявить три шкалы опросника, по которым происходят изменения: представления о себе, о своих личностных качествах («Я как личность»); представления о профессиональных качествах психотерапевта («Я как профессионал»); представления о взаимоотношениях между пациентом и психотерапевтом («Взаимодействие с клиентом»). Полученные шкалы формировались следующими утверждениями:

Шкала 1 «Я как личность» — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 17, 20, 21, 23, 30.

Шкала 2 «Я как профессионал» — 7, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29.

Шкала 3 «Взаимодействие с клиентом» — 8, 13, 14, 16, 19.

На основании качественного анализа оценки динамики собственных качеств у слушателей был разработан ключ, отражающий в баллах (от -1 до +2) наличие как профессионально желаемых качеств (максимальное значение +60 баллов — «идеальный психотерапевт»), так и профессионально вредных (-30 баллов — «антипсихотерапевт»). Максимальные значения по шкале «Я как личность» составляют 22 балла, «Я как профессионал» — 28 баллов, «Взаимодействие с клиентом» — 10 баллов. С помощью методики можно получить два показателя: соответствие личностных качеств испытуемого профессионально желаемым качествам (общий балл и показатели шкал) и личностная динамика (изменение по трем шкалам) (Приложение 9). Учитывая необходимость наличия первичных психотерапевтических умений для помогающих специалистов, все программы циклов последипломного образования включали в себя тренинг первичных навыков психотерапевта, что позволило нам использовать данный опросник для исследования выраженности и динамики профессиональных качеств психотерапевта у специалистов-слушателей. Данный инструмент являлся дополнительным в исследовании и не проходил тестирование на надежность и валидность.

11. Для исследования наличия супервизионного опыта, отношения к супервизии и ее востребованности среди специалистов использовалась

специально разработанная авторская анкета «Лист участника супервизии» (Приложение 10). Методом включенного наблюдения фиксировались темы супервизионных случаев, преобладающие переживания и обратные связи участников. Сделана запись стенограмм 60 часов супервизии с ее дальнейшим анализом и выделением векторов супервизионных интервенций, согласно разработанной регистрационной таблицы (таблица 22).

**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 респондентов 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 для двух независимых выборок; Уилкоксона — для связанных выборок. Применен метод корреляционного анализа с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. Для исследования степени влияния предикторов на исследуемую переменную использован множественный регрессионный анализ. Оценка саногенного потенциала разработанной модели групповой супервизии проведено с применением объективной оценки (рейтинг тяжести шкал). Для всех тестов установлен порог значимости  $p < 0,05$ . Степень корреляции до 0,3 мы оценили как слабую, от 0,3 до 0,7 — как умеренную и от 0,7 до 1,0 — как высокую.

## ГЛАВА 4. УЧАСТНИКИ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ

### 4.1. Пациенты наркологического стационара

#### 4.1.1. Приверженность пациентов лечению на стационарном этапе оказания помощи

Наркологические больные отличаются низкой приверженностью к предлагаемой им помощи (стационарной, амбулаторной, реабилитационной). По нашим данным в течение первой недели уходят из отделения 40% пациентов, к 14-му дню — 63% из числа поступивших, лишь 20% остаются в программе восстановительного лечения более 30 дней. Продолжительность госпитализации имеет сезонные особенности. С помощью описательной статистики мы проследили накопленный процент выбывания пациентов в разные периоды года (октябрь, февраль, май), данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Накопленный процент выбывания пациентов из наркологического стационара в разные сезоны года

Количество койко-дней	Месяцы 2012-2013гг., %			Средний % выбывания (n=241)
	Октябрь (n=106)	Февраль (n= 76)	Май (n=59)	
5	26,4	14,5	23,7	22,0
7	44,3	36,8	33,9	39,4
10	58,5	59,2	40,7	54,4
14	67,9	68,4	49,2	63,5
30	83,0	78,9	71,2	78,8

Важным показателем успешного лечения наркологического больного является становление и поддержание ремиссии. На вопрос о ремиссии ответ дали 179 пациентов, максимальное число ремиссий составило 30 раз, такое число

указали 2 пациента. Среднее количество ремиссий  $5,14 \pm 0,42$  раза, максимальная продолжительность ремиссии составила 14 лет (среднее значение продолжительности максимальной ремиссии  $2,72 \pm 0,18$  года), среднее значение общей продолжительности ремиссий за время употребления –  $4,12 \pm 0,25$  года. Причиной ремиссии «самостоятельное прекращение потребления» назвали 100 пациентов (54,6%), «лечение» — 54 (29,5%), «участие в реабилитации» — 51 (27,9%), «вынужденная» — 96 (52,5%), «другое» — 2 (2,2%) пациента.

Анализ количества и продолжительности предшествующих госпитализаций у наркозависимых пациентов показал, что количество предшествующих госпитализаций в различные стационары составило от 0 до 30 раз в отдельных случаях, среднее количество госпитализаций —  $7,79 \pm 0,53$  раза, в наркологический стационар количество предшествующих госпитализаций составило от 0 до 10, среднее число —  $2,6 \pm 0,11$  раза. В текущем году на отсутствие госпитализаций в наркологическое отделение указало 55 (30,1%) пациентов, 1 госпитализацию имели 44 (24,0%) пациента, две — 27 (14,8%), три и более — 57 (31,1%) пациентов. Таким образом, почти одна треть пациентов не имели госпитализаций в наркологический стационар в течение года, а другая одна треть пациентов имели трехкратный (и более) опыт госпитализаций.

За текущий год в это же отделение было госпитализировано однократно 45 пациентов (24,6%), двукратно — 24 (13,1%), три и более раз — 11 (6%). Таким образом, 80 (43,7%) пациентов уже имели опыт пребывания в данном отделении, что может отражать приверженность к этому отделению.

Длительность пребывания в отделении от 2 до 134 дней, средняя длительность койко-дня в отделении составила  $34,37 \pm 3,17$  дня. Средняя продолжительность койко-дней в предыдущие госпитализации в наркологический стационар составила  $27,63 \pm 4,0$  дня, а в данное отделение —  $21,05 \pm 3,97$  дня.

Исследование приверженности к данному отделению показало, что намеренный выбор отделения сделали 113 (55,2%) пациентов, случайно попали в отделение 70 (44,8%) человек. При выборе отделения на свой опыт пребывания в нем опирались 79 (69,9%) пациентов, на рекомендацию друзей — 25 (22,1%),

близких — 6 (5,3%), категорию «другое» указали 3 (2,7%) пациента. Значимыми факторами выбора отделения пациентами были названы: «квалификация врача» — 66 (36,1%) выборов, «наличие реабилитации в отделении» — 65 (35,5%), «доброжелательность персонала» — 61 (33,3%), «условия пребывания» — 56 (30,6%), «наличие знакомых» — 23 (12,6%), «другое» — 20 (10,9%) выборов, что представлено на диаграмме 1.

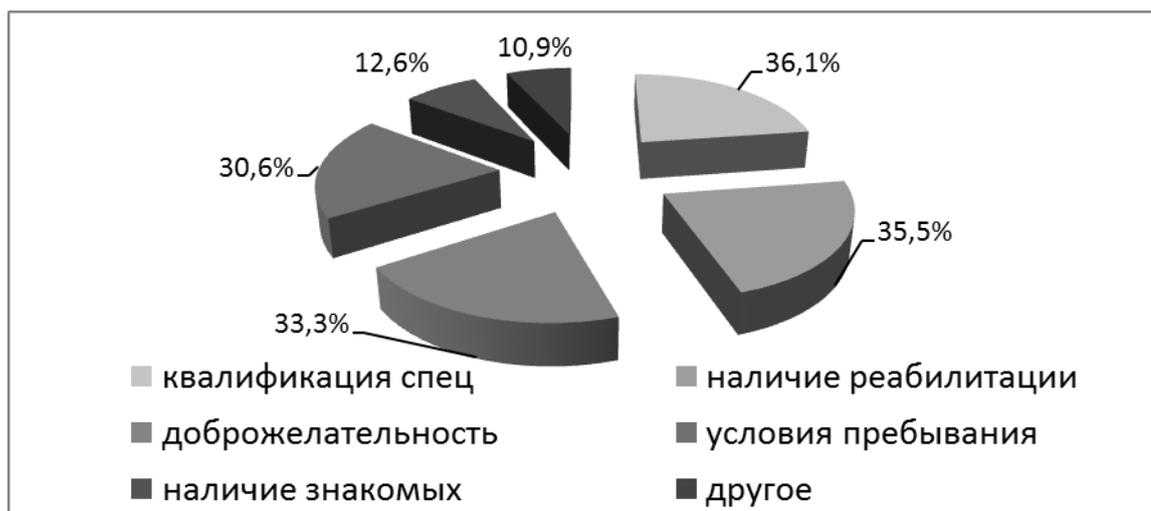


Диаграмма 1 — Привлекательность отделения (по мнению пациентов).

Значимость взаимоотношений, влияющих на решение оставаться в отделении, была отмечена 183 пациентами следующим образом: 36 (19,7%) отметили определяющее значение врача, 35 (19,1%) пациентов — родственников, 18 (9,8%) — супруги, 16 (8,7%) — социального работника, 9 (4,9%) — медицинской сестры, 10 (4,9%) — других пациентов, 8 (4,4%) — друга, 7 (3,8%) — партнера. Почти треть пациентов (55 чел.) не указали на значимые отношения с другими людьми и опирались на самих себя в решении остаться в отделении, что может свидетельствовать о дефиците социальной поддержки (как о ее отсутствии, так и в способности к ее принятию). Можно сказать, что оставаясь в отделении, 30,1% пациентов не ориентированы на поддержку со стороны окружающих, 33,3% опираются в своем выборе на медицинский персонал, 37,2% на родных и друзей, а в 4,9% случаев на других пациентов отделения. Значимость

отношений в среде наркологического стационара для продолжения лечения подчеркнули 38,3 % пациентов. Данные представлены на диаграмме 2.

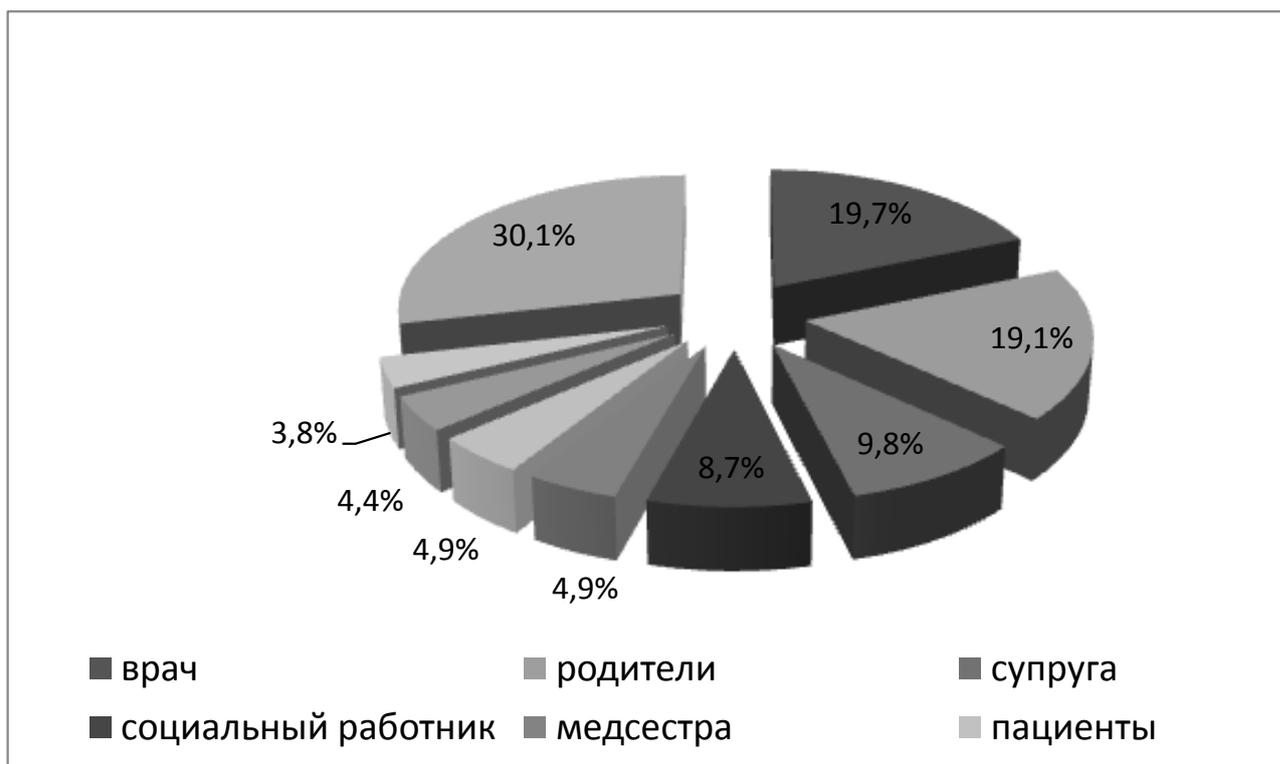


Диаграмма 2 — Значимость взаимоотношений, влияющих на решение оставаться в отделении, (по мнению пациентов).

Таким образом, при выборе отделения пациенты доверяют своему опыту и опыту друзей, а привлекательность отделения, с их точки зрения, определяется квалификацией, доброжелательностью персонала, а также наличием реабилитационной программы в отделении. Более трети пациентов отмечают значимость отношений в отделении в своем выборе оставаться в лечебной среде.

Анализ выписки пациентов показал, что в предшествующие госпитализации по причине отказа выписаны из отделения 64 (34%) пациента, при этом однократный отказ дали 43 пациента, дважды — 13 пациентов, а три и более раз — 8 пациентов. За нарушение режима выписаны 32 (17%) пациента, повторно 6 человек. Планово выписаны 85 пациентов (45,2%), переведены в другое отделение или стационар 7 (3,7%). Таким образом, отказ от лечения и нарушение

режима в совокупности преобладают над плановой выпиской пациента (диаграмма 3).

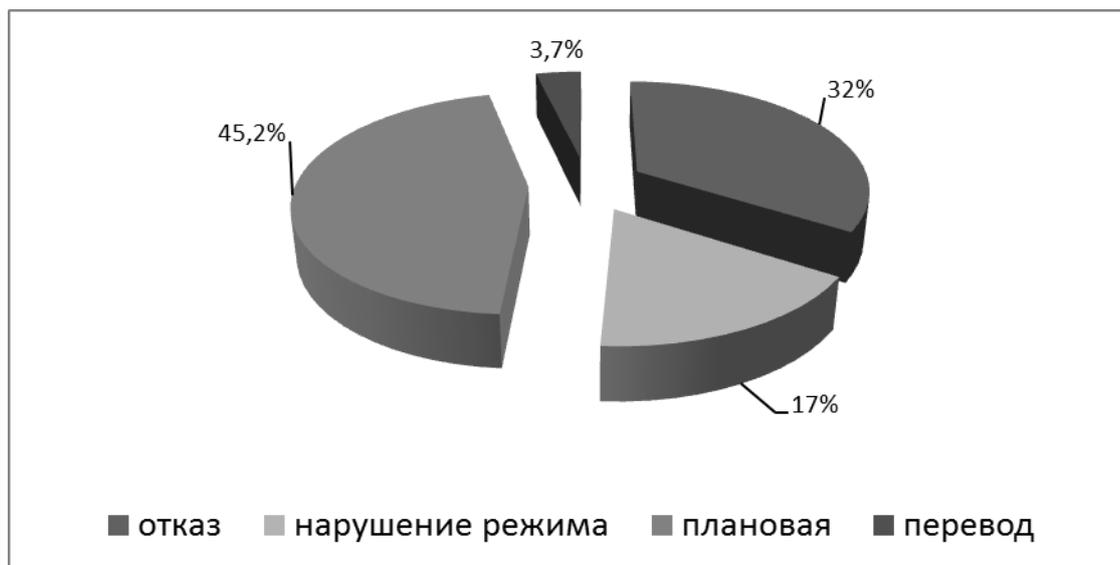


Диаграмма 3 — Причины выписки пациентов.

В настоящую госпитализацию по плану выписаны 111 пациентов (60,7%), отказались от лечения 55 (30,1%) пациентов, нарушили режим 11 (6%) пациентов, переведены в другой стационар 6 (3,3%) человек. Сравнение данных позволяет отметить тенденцию к увеличению числа пациентов выписанных по плану и снижение числа пациентов, нарушивших режим. Число отказов от лечения и перевод остается стабильным.

Можно предположить, что повторные госпитализации в одно, и тоже отделение способствуют увеличению числа пациентов, прошедших курс лечения, снижают количество эпизодов нарушения режима. Для оценки эффективности работы отделения целесообразно ввести критерий увеличения доли пациентов, выписанных по плану и снижение доли пациентов, выписанных за нарушение режима и отказов от лечения, по сравнению с предыдущей госпитализацией.

Пациенты указали следующие причины госпитализации: «плохое здоровье» — 118 (64,5%) выборов, «по настоянию близких» — 45 (24,6%), «отсутствие бытовых условий» — 16 (8,7%), «постановление суда» — 11 (6%), «криминальные причины» — 9 (4,9%), «другое» — 34 (18,6%). Таким образом, почти 20% пациентов относятся к 1 уровню согласно предложенной нами

классификации и не связывают свою госпитализацию с получением наркологической помощи.

Ожидания пациентов от госпитализации представлены на диаграмме 4.

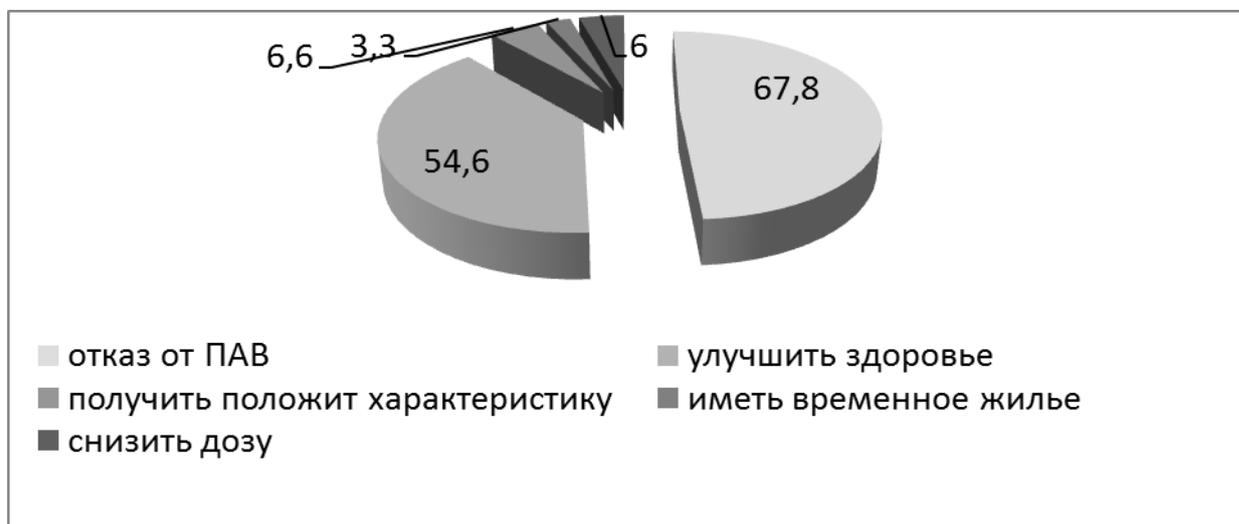


Диаграмма 4 — Ожидания пациентов от настоящей госпитализации (%).

Планы 183 пациентов после выписки представлены следующим образом: «пройти реабилитацию» планируют 77 (42,1%) пациентов, «самостоятельно поддерживать трезвость» — 61 (33,3%), «вернуться к прежнему образу жизни» — 16 (8,7%), «подшиться» (ввести инъекционный налтрексон) — 14 (7,7%), «снизить количество потребления» — 11 (6%), «другое» — 4 (2,2%). Среди респондентов, заполнивших анкету до 10 дня пребывания в отделении (n=130), получены несколько иные результаты по планированию своего будущего: «самостоятельно поддерживать трезвость» планирует 51 (39,2%) респондент, «пройти реабилитацию» — 43 (33,1%), «вернуться к прежнему образу жизни» — 12 (9,2%), «подшиться» (ввести инъекционный налтрексон) — 11 (8,5%), «снизить количество потребления» — 10 (7,7%), «другое» — 3 (2,3%).

Заполнение анкеты по планированию своих действий происходило на разных сроках госпитализации, что позволило выделить две группы респондентов: заполнивших анкету до 10 дня (n=130) и после 10 дня пребывания в отделении (n=53). Сравнение этих групп по дальнейшим планам с помощью

таблицы сопряженности показал достоверные различия по двум планируемым действиям ( $p < 0,01$ ): пациенты в первые десять дней пребывания значимо чаще планируют самостоятельный отказ от ПАВ и реже пройти реабилитацию, чем пациенты после 10 дня госпитализации (39,2% против 18,9% и 33,1% против 64,2% соответственно), точный критерий Фишера 15,34.

На уровне тенденции пациенты первых дней госпитализации чаще ориентированы в будущем на снижение дозы потребления ПАВ (7,7% против 1,9%), на возвращение к прежней жизни (9,2% против 7,5%), также чаще планируют лечение налтрексоном (8,5% против 5,7%). Таким образом, на момент вхождения в лечебную среду пациенты больше опираются на себя и собственные ресурсы в поддержании трезвости и меньше на участие в реабилитационной программе отделения, ориентация на лечение налтрексоном также более свойственна пациентам в начале лечения, что должно учитываться в мотивационной работе и системе лечебных мероприятий (диаграмма 5).

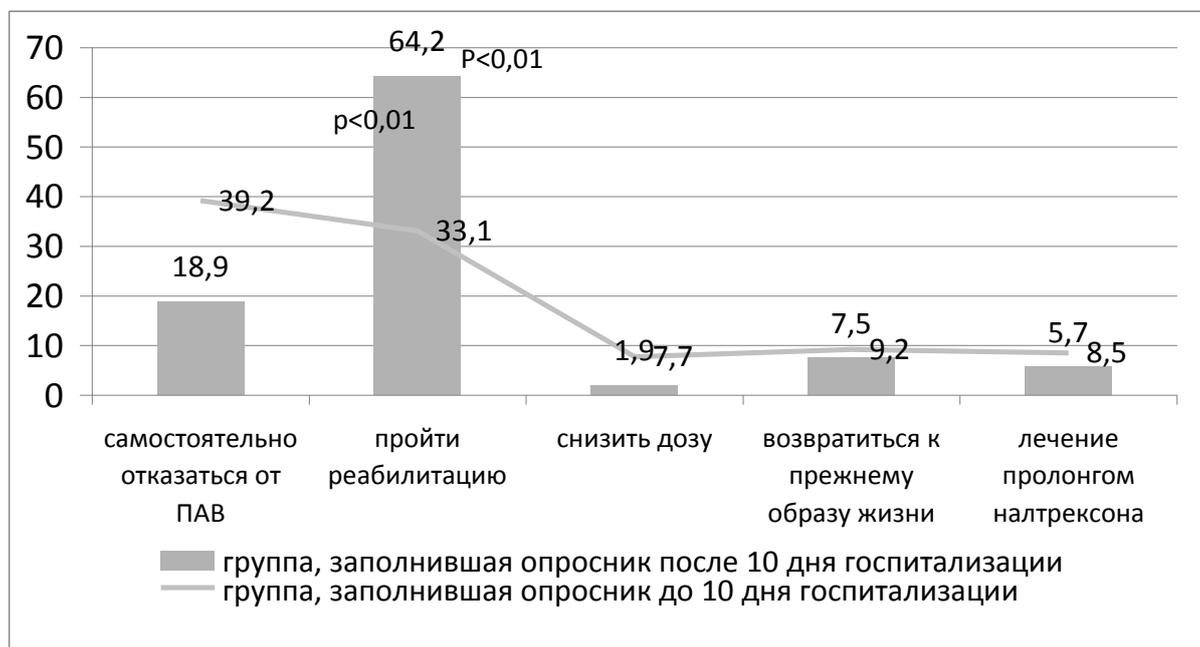


Диаграмма 5 — Сравнение планируемых действий (%) в группах пациентов, заполнивших опросник до и после 10 дня госпитализации.

Таким образом, преобладающей причиной госпитализации является ухудшение здоровья пациента, а ведущими ожиданиями — «отказ от употребления» и «улучшение здоровья», первое скорее носит формальный

характер. При этом, на момент вхождения в лечебную среду пациенты больше ориентированы на себя в поддержании трезвости и меньше на участие в реабилитационной программе, предполагая в большинстве случаев самостоятельное разрешение проблемы наркотизации. Это может быть продиктовано низким уровнем доверия лечебной среде наркологического стационара.

Исследование взаимосвязи между длительностью потребления ПАВ и планами пациентов после выписки показало следующую тенденцию: пациенты, ориентированные на снижение дозы потребления ПАВ и выбирающие категорию «другое», имеют наибольший срок инъекционной наркотизации ( $14,09 \pm 1,3$  и  $14,5 \pm 1,71$  года соответственно), а выбирающие лечение инъекционной формой налтрексона — наименьший ( $10,65 \pm 2,07$  года). Ориентация на самостоятельный отказ и возвращение к прежней жизни свойственна пациентам со средней длительностью потребления  $11,6 \pm 0,82$  и  $11,57 \pm 1,96$  года соответственно. Пациенты, выбирающие реабилитацию, имеют среднюю продолжительность инъекционного потребления  $12,72 \pm 0,63$  года. Таким образом, пациенты с наименьшим сроком потребления, а значит с наименьшим истощением личных и средовых ресурсов в большей степени ориентированы на получение лечение налтрексоном, что должно учитываться в выборе дальнейших тактик и более широкого применения в лечении научно доказанной фармакотерапии.

Мы сравнили длительность проведенных койко-дней в группах пациентов с разными планами на будущее и отметили следующую тенденцию: наибольшая средняя продолжительность госпитализации отмечена в группе пациентов, планирующих пройти реабилитацию —  $24,23 \pm 4,62$  дня, наименьшее в группе планирующей вернуться к прежней жизни —  $10,08 \pm 1,37$  дня и получать лечение налтрексоном —  $10,18 \pm 0,82$  дня. На втором месте по длительности госпитализации пациенты, планирующие снизить количество потребления наркотиков, —  $15,8 \pm 4,76$  дня. Пациенты, планирующие самостоятельно воздерживаться от потребления и выбравшие категорию «другое», имели среднее количество койко-дней  $11,31 \pm 2,03$  и  $11,33 \pm 5,04$  дня соответственно. Важным

наблюдением является достаточно большое значение среднего количества дней пребывания в отделении пациентов, планирующих снизить количество потребления, что указывает на необходимость признания и учет этого факта для формирования приверженности к системе оказания наркологической помощи. Наименьшая приверженность к стационарному лечению у пациентов, ориентированных на лечение налтрексоном, указывает на необходимость работы с ними по включению их в комплексные амбулаторные программы лечения.

Мы сравнили 4 группы пациентов с разным сроком продолжительности пребывания в наркологическом стационаре по длительности потребления психоактивных веществ. Группа 1 (n=40) — пациенты, выписанные до 7 дня, группа 2 (n=58) — выписанные от 8 до 14 дня, группа 3 (n=34) — 15–30 дней и группа 4 (n=49) — пациенты, задержавшиеся в отделении более 30 дней. Получена следующая тенденция средней длительности потребления ПАВ по группам:  $13,12 \pm 1,18$ ;  $15,1 \pm 0,91$ ;  $12,79 \pm 1,15$ ;  $14,56 \pm 0,68$  дня соответственно.

Таким образом, пациенты с самым длительным потреблением уходят на второй неделе госпитализации, а пациенты, находящиеся на втором месте по длительности потребления ПАВ, выбирают участие в реабилитационной программе. Данное наблюдение может свидетельствовать об определенном разочаровании в предоставлении наркологической помощи в условиях стационара и реабилитации у длительно наркотизирующихся пациентов. Получив необходимую помощь (детоксикационную терапию), они возвращаются в привычную среду. Пациенты с самым малым сроком наркотизации задерживаются в стационаре более двух недель, демонстрируя определенную приверженность лечебной среде, но не готовы к длительной работе в программах реабилитации.

Результаты сравнения в тех же группах средней продолжительности и количества предыдущих госпитализаций в наркологический стационар: пациенты 1 и 2 групп имеют наименьшую длительность предшествующих госпитализаций, по сравнению с пациентами реабилитации, в предшествовавшем периоде которых

наблюдалась большая продолжительность стационарного лечения. Количество госпитализаций сопоставимо во всех группах (таблица 2).

Таблица 2 — Средняя продолжительность (дни) и количество предшествовавших за год госпитализаций в наркологический стационар в группах с разной длительностью настоящей госпитализации ( $M \pm m$ )

Группы и их численность	Средняя длительность госпитализаций в наркологический стационар	Среднее количество госпитализаций в наркологический стационар
1 (0– 7дней) n=41	10,54±1,82; $p_{1-4} < 0,01$	2,68±0,222
2 (8– 14дней) n=58	13,17±3,99; $p_{2-3} < 0,05$	2,34±0,185
3 (15– 30дней) n=34	21,47±4,78; $p_{2-3} < 0,05$	2,74±0,251
4 (> 30 дней) n=50	62,6±12,20; $p_{1-4} < 0,05$ ; $p_{2-4} < 0,001$	2,74±2,32

Наше наблюдение согласуется с данными, приведенными в обзоре А.Л. Каткова (2011): сроки и качество ремиссий прямо зависят от продолжительности предшествовавшего лечения.

Исходя из научного интереса о формировании приверженности к лечебной среде конкретного отделения, мы провели сравнение, представленное в таблице 3.

Таблица 3 — Средние значения количества госпитализаций в отделение, койко-дней в отделении за текущий год и койко-дней в наркологическом стационаре за предшествующий год в группах с разной продолжительностью госпитализации

Группы и их численность	Среднее количество		
	госпитализации в отделение ( $M \pm m$ )	койко-дни в отделении ( $M \pm m$ )	койко-дни в наркологическом стационаре ( $M \pm m$ )
1 (0–7 дней) n=41	0,46±0,11; $p_{1-4} < 0,01$	2,85±0,91; $p_{1-4} < 0,001$	10,54±1,82; $p_{1-4} < 0,01$
2 (8–14 дней) n=58	0,43±0,96 $p_{2-4} < 0,01$	6,05±2,70; $p_{2-4} < 0,001$	13,17±3,99; $p_{2-4} < 0,01$
3 (15–30 дней) n=34	0,71±0,17; $p_{3-4} < 0,05$	13,68±4,76; $p_{3-4} < 0,05$	21,47±7,78; $p_{2-3} < 0,05$
4 (>30 дней) n=50	1,16±0,15	58,38±12,39	62,60±12,2

Таким образом, группа с пребыванием в отделении более 30 дней имела значительно большее количество и длительность предшествующих госпитализаций в отделение, чем пациенты с длительностью госпитализации менее одного месяца, а также бóльшую длительность госпитализаций в наркологический стационар, чем пациенты первых двух недель пребывания. Группа с пребыванием в отделении от 8 до 14 дней имела достоверно меньшую продолжительность госпитализаций в наркологический стационар, чем пациенты, задержавшиеся в отделении до одного месяца. Данное наблюдение подтверждает наше предположение о постепенном формировании приверженности к длительному стационарному лечению: с увеличением продолжительности госпитализации в стационар, с ростом их количества в конкретном отделении и удлинении времени пребывания в нем, увеличивается продолжительность госпитализации.

Для дальнейшего анализа данных нами был предложен «коэффициент приверженности»:

КП =  $100\% \times (\text{к-во койко-дней в отделении}) / (\text{общее к-во койко-дней проведенных в стационаре за один год})$ .

Его среднее значение составило  $47,91 \pm 3,45$  баллов ( $n=128$ ). Сравнив показатели КП в группах с разной длительностью настоящей госпитализации, мы получили достоверные различия между группой длительного пребывания и всеми другими группами ( $p \leq 0,01$ ), которые по данному коэффициенту близки между собой ( $77,5 \pm 5,74$  против  $26,6 \pm 7,09$ ,  $38,2 \pm 7,36$ ,  $46,8 \pm 8,8$  баллов соответственно 1, 2 и 3 группы).

Проведенный корреляционный анализ между количеством койко-дней госпитализации и значимыми факторами причины госпитализации, ожиданий от нее, эффективности лечения, прошлым опытом и планами на будущее показал слабые положительные корреляции между длительностью настоящей госпитализации и опытом прошлой реабилитации ( $r_o = 0,226$ ;  $p \leq 0,01$ ), ожиданиями от госпитализации «улучшить отношения с близкими» ( $r_o = 0,244$ ;  $p \leq 0,001$ ) и «получить временное жилье» ( $r_o = 0,152$ ;  $p \leq 0,05$ ), планами «пройти реабилитацию» ( $r_o = 0,209$ ;  $p \leq 0,01$ ) и «отказом от потребления» как условием

эффективного лечения ( $p_0 = 0,209$ ;  $p \leq 0,01$ ), а также важностью взаимоотношений с социальным работником ( $p_0 = 0,189$ ;  $p \leq 0,01$ ). Ожидание от госпитализации «снизить количество потребления» отрицательно связано с длительностью пребывания в отделении ( $p_0 = - 0,168$ ;  $p \leq 0,05$ ). Учитывая слабые корреляционные связи и полученные ранее результаты, для прогноза длительности пребывания пациента в отделении, мы провели регрессионный анализ (с помощью множественной регрессии, шаговый метод исключения) и получили следующее уравнение регрессии ( $p \leq 0,05$ ):

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

Примечание: 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 является фактором, увеличивающим длительность настоящей госпитализации, а частота госпитализаций снижает ее.

#### **4.1.2. Приверженность стационарному лечению и факторы, связанные с симптоматическим и функциональным статусом пациента, идентифицированные с помощью опросника «Профиль аддикции»**

Динамика показателей «Профиля аддикции» за время госпитализации выявила их достоверные различия у больных, заполнявших опросник в разные сроки своего пребывания в отделении. По данному критерию было создано четыре группы: 1 группа (108 чел.) — пациенты, заполнившие методику на первой неделе пребывания в стационаре, 2 группа (30 чел.) — на второй, 3 группа (19 чел.) — с 15 по 30 день, и 4 группа (26 чел.) — с 31 по 120 день. С помощью

непараметрических критериев Краскела — Уоллиса и Манна — Уитни получены достоверные различия между группами (таблица 4).

Таблица 4 — Средние значения показателей опросника «Профиль аддикции» в группах пациентов с разным сроком настоящей госпитализации (M±m)

Показатели профиля аддикции	Группы пациентов, n= число наблюдений			
	1	2	3	4
B2. Употребление опиоидов	49,94±4,39 n=78; p <sub>1-3</sub> <0,001	68,43±37,53 n=21 p <sub>2-3</sub> <0,05	20,48±11,92 n=11	—
C1. Всего дней инъекционного употребления за последние 30 дней	24,25±0,90 n=108 p <sub>1-3</sub> <0,001	21,80±1,86 n=30 p <sub>2-3</sub> <0,001 p <sub>2-4</sub> <0,001	8,68±2,23 n=19 p <sub>3-4</sub> <0,001	0,31±0,31 n=26 p <sub>1-4</sub> <0,001
C2. Количество инъекций в среднем в течение дня за последние 30 дней	2,41±0,13 n=108 p <sub>1-3</sub> <0,05	2,13±0,29 n=30 p <sub>2-4</sub> <0,001	1,58±0,33 n=19 p <sub>3-4</sub> <0,001	0,23±0,23 n=26 p <sub>1-4</sub> <0,001
C4. 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 <sub>2-4</sub> <0,05	0,32±0,13 n=19	0,35±0,20 n=26 p <sub>1-4</sub> <0,01
C5. Общее количество сексуальных контактов без презерватива за последние 30 дней	3,75±0,69 n=108	2,97±1,14 n=30 p <sub>2-4</sub> <0,01	1,47±0,65 n=19	0,27±0,19 n=26 p <sub>1-4</sub> <0,001
E3. Количество дней общения с родственниками, включая личные и телефонные контакты	24,63±0,98 n=100 p <sub>1-2</sub> <0,05 p <sub>1-3</sub> <0,05	20,11±2,20 n=28 p <sub>2-4</sub> <0,05	19,28±2,55 n=18 p <sub>3-4</sub> <0,05	12,69±2,07 n=26 p <sub>1-4</sub> <0,001
E4. Количество конфликтных дней с родственниками за последний месяц	7,31±1,06 n=100	4,71±1,51 n=28 p <sub>2-4</sub> <0,05	2,39±0,77 n=18 p <sub>3-4</sub> <0,05	0,35±0,16 n=26 p <sub>1-4</sub> <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 <sub>1-4</sub> <0,001
E10. Количество правонарушений, совершенных в течение последних 30 дней	13,28±3,17 n=108	7,50±4,30 n=30 p <sub>2-4</sub> <0,01	9,42±3,79 n=19 p <sub>3-4</sub> <0,01	0,15±0,15 n=26 p <sub>1-4</sub> <0,001

Согласно данным таблицы 4 можно сделать следующее заключение:

1. Значимое снижение количества дней инъекционного потребления наркотиков происходит после второй недели пребывания пациента в отделении и продолжает значимо снижаться после первого месяца.

2. Риск незащищенного секса значительно ниже в группе длительного пребывания, по сравнению с таковым у лиц в первые две недели госпитализации.

3. Интенсивность общения с близкими и родными достоверно снижается, начиная со второй недели пребывания. Пациенты реабилитационной программы достоверно реже общаются с близкими, чем пациенты в первый месяц госпитализации, при этом число их конфликтных дней значительно меньше, чем в других группах. Коэффициент конфликтности имеет тенденцию снижения от группы к группе, однако достоверная разница наблюдается лишь между пациентами первой недели и участниками реабилитации.

4. Значимое снижение частоты правонарушений отмечалось лишь в группе реабилитации, тогда как пациенты в первый месяц пребывания в отделении имели схожие средние значения по криминальной активности (таблица 4).

Задача по выявлению связи между продолжительностью настоящей госпитализации и показателями методики «Профиль аддикции» решалась с помощью непараметрической корреляции Спирмена (таблица 5).

Таблица 5 — Корреляции между продолжительностью настоящей госпитализации (койко-день) и показателями методики «Профиль аддикции»

Показатели «Профиля аддикции»	$\rho_0$	$p$
В1. Употребление алкоголя	- 0,267	<0,01
С1. Всего дней инъекционного употребления за последние 30 дней	- 0,572	<0,000
С2. Количество инъекций в среднем в течение дня за последние 30 дней	- 0,407	<0,001
С4. Число лиц, с которыми был сексуальный контакт без презерватива в течение последних 30 дней	- 0,239	<0,001
С5. Общее количество сексуальных контактов без презерватива за последние 30 дней.	- 0,268	<0,000
Е3. Количество дней общения с родственниками, включая личные и телефонные контакты	- 0,333	<0,000
Е4. Количество конфликтных дней с родственниками за последний месяц	- 0,201	<0,01
Е5. Количество дней общения с друзьями за последний месяц	- 0,203	<0,05
Е10. Правонарушения, совершенные в течение последних 30 дней	- 0,171	<0,05

Полученные значения корреляции были классифицированы по ее прочности. Степень корреляции до 0,3 мы оценили как слабую, от 0,3 до 0,7 – как

умеренную и от 0,7 до 1,0 — как высокую. Как видно из таблицы 5 получены только отрицательные связи, причем преимущественно слабой степени. Средняя степень отрицательной двусторонней связи была выявлена между продолжительностью койко-дней и количеством дней употребления, количеством инъекций в течение дня и интенсивностью общения с близкими. Слабая степень отрицательной связи установлена с количеством потребляемого алкоголя, числом лиц и частотой сексуальных контактов, количеством конфликтов с родственниками и дней общения с друзьями, с криминальной активностью пациента. С другими показателями профиля аддикции связей не обнаружено.

Таким образом, чем длительнее госпитализация, тем меньше риск потребления алкоголя (по другим ПАВ достоверных отличий не получено) и случаев рискованного поведения в плане собственного здоровья (заражение ВИЧ и другими инфекциями), меньше количество правонарушений. Однако длительное пребывание на стационарной койке сопровождается снижением интенсивности общения с родственниками и друзьями, а также уменьшением числа конфликтов с родными и близкими, что, возможно, объясняется режимом дня отделения, ограничивающим личный и телефонный контакты с друзьями и родственниками, а так же снижением созависимых, манипулятивных форм общения.

Рассматривая количество прошлых госпитализаций как фактор, обеспечивающий качество жизни пациента с наркотической зависимостью, мы решили проследить наличие различий в показателях методики «Профиль аддикции» в группах с разной частотой госпитализаций за предшествовавший год. Проанализировано 130 опросников, заполненных до 10 дня настоящей госпитализации (опросник заполнялся в среднем на  $5,1 \pm 0,2$  дня. Получены достоверные различия средних показателей только по разделу личностно-социальной адаптированности – количеству дней общения с родственниками (Е3.) и числу дней в течение месяца, когда пациент формально мог быть признан безработным (Е9.) (таблица 6).

Таблица 6 — 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 (ЕЗ.) $M \pm m$	Среднее количество «безработных» дней (Е9.) $M \pm m$
1 (0 госпитализаций)	23,31±1,56 n=39; $p_{1-2} < 0,05$	4,40±1,64 n=42; $p_{1-3} < 0,05$
2 (одна)	19,97±2,30 n=29; $p_{1-2} < 0,05$	4,03±1,72 n=32; $p_{2-3} < 0,05$
3 (две)	28,47±1,53 n=17; $p_{2-3} < 0,01$	10,72±3,34 n=18
4 ( $\geq$ трех)	25,63±1,57 n=35; $p_{4-2} < 0,05$	3,27±1,55 n=37; $p_{4-3} < 0,05$

Таким образом, дней общения с родственниками у пациентов, не имевших госпитализаций за предыдущий год, было в среднем значимо больше, чем у тех, кто госпитализировался один раз. Именно эти пациенты меньше всех общались со своими близкими, значимо отличаясь от лиц с двумя и более случаями госпитализации. Можно предположить, что пациенты, не обращавшиеся за наркологической помощью, имели достаточный для них уровень поддержки со стороны близких. Редкие госпитализации сопровождаются низкими значениями социальной поддержки, повторные — укреплением взаимодействия с родственниками. Исследование средового ресурса — семейного положения пациентов наркологического отделения показало, что имеют собственную семью 47 (25,7%) пациентов, в разводе — 26 (14,2%), одиноки — 105 (57,4%), вдовцы — 4 (2,2%) пациента. Имеют детей 70 пациентов (38,3%), из них 57 (31,1%) одного ребенка, 11 (6%) — двух и 2 (1,1%) пациента — трех детей. Не имеют детей 113 (61,7%) пациентов. Проживают с родителями 94 (51,3%) пациентов, с супругой — 39 (21,3%), одни — 49 (26,8%), не имел места жительства 1 пациент (0,5%). Таким образом, четверть пациентов имеют собственную семью, но еще меньшее число проживают в ней, более половины продолжают жить в прародительской семье, более четверти живут одни, имеют детей треть пациентов. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что прародительская семья остается основным средовым ресурсом для более чем половины респондентов.

Самое высокое формальное среднее количество «дней по безработице» оказалось у пациентов с двумя повторными госпитализациями, что было значимо больше ( $p < 0,05$ ), чем у лиц, не имевших госпитализаций или с одной, тремя и более случаями стационарирования. Возможно, пациенты, с повторными госпитализациями, чаще, чем другие, стремились посредством госпитализаций сохранить статус работающих.

На той же выборке пациентов ( $n=130$ ) мы решили изучить возможность прогнозирования длительности пребывания пациента на наркологической койке, исходя из изначальных показателей профиля аддикции. Были сформированы четыре группы по количеству койко-дней, которые в дальнейшем пациенты провели в отделении. В 1 группу вошли пациенты, находившиеся в отделении неделю и меньше ( $n=41$ ), во 2 ( $n=57$ ) — 8–14 дней, в 3 ( $n=21$ ) — 15–30, в 4 ( $n=11$ ) — более 30 дней. С помощью H-критерия Краскела — Уоллиса и последующего анализа с использованием U-критерия Манна — Уитни получены следующие достоверные различия в показателях:

1. По показателю физического функционирования пациенты, находившиеся в стационаре в настоящее время от двух недель до одного месяца, имели достоверно ( $p < 0,01$ ) более выраженные симптомы физического дискомфорта, чем со сроком до 14 койко-дней —  $18,54 \pm 8,89$  балла против  $10,46 \pm 7,95$  балла. Максимальное число, указывавшее на выраженный физический и/или психический дискомфорт, равнялось 40, отсутствие дискомфорта — 0 баллов.

2. По своему изначальному психическому дискомфорту пациенты третьей группы достоверно отличались от трех других групп: их средний показатель психического дискомфорта ( $22,23 \pm 7,47$  балла) превышал таковой в первой группе ( $15,9 \pm 6,04$  балла;  $p < 0,01$ ), во второй ( $12,58 \pm 6,85$  балла;  $p < 0,001$ ) и в четвертой ( $14,43 \pm 6,83$  балла;  $p < 0,05$ ).

3. По другим показателям опросника «Профиль аддикции» группы с разным сроком настоящей госпитализации достоверных различий не имели.

Пациент с изначальным тяжелым физическим и психическим состоянием задерживается в стационаре только на срок от 2 и более недель, не считая для себя

целесообразным пройти курс реабилитации, то есть тяжесть состояния пациента не является определяющим фактором для его пребывания в стационаре сроком свыше 30 дней и решения принять участие в программе реабилитации.

Лишь одна четверть из поступивших в отделение пациентов с опиоидной наркоманией остается в лечебной среде более трех недель. Пациенты, выбравшие реабилитацию, имеют бóльшую продолжительность предыдущих госпитализаций, чем те, которые выбывают из стационара в первый месяц. По количеству предыдущих госпитализаций пациенты с разным сроком настоящей госпитализации достоверно не различаются, что вновь подтверждает, что не количество, а продолжительность предшествовавших госпитализаций способствует выбору пациента длительное время оставаться в стационаре.

В течение первых двух недель госпитализации достоверных изменений в показателях методики «Профиль аддикции» не происходит, что ограничивает ее использование в качестве инструмента для оценки эффективности лечения пациентов стационарного этапа с коротким сроком госпитализации. Достоверное снижение показателей «Профиль аддикции», отражающих рискованное поведение, происходит, начиная с третьей недели пребывания в отделении, а криминальная активность достоверно снижается лишь через один месяц. Интенсивность контактов с родными и близкими с течением времени госпитализации достоверно ослабевает, но уменьшается и конфликтность в отношениях с ними, что обеспечивает иное, более высокое качество межличностного взаимодействия.

Пациенты с однократной госпитализацией за год имеют самые низкие показатели общения с близкими, что, возможно, могло бы быть одним из факторов, способствующих их обращению в стационар. С увеличением количества госпитализаций нарастает интенсивность общения, а с продолжительностью настоящей госпитализации меняется и ее качество. Можно предположить, что пациенты, не обращающиеся за специализированной наркологической помощью, имеют удовлетворяющую их интенсивность взаимодействия с поддерживающей средой и, соответственно, качество жизни на

необходимом для них уровне. Повторные госпитализации в наркологическое отделение сопровождаются высоким показателем формальных дней, когда пациент мог считать себя безработным, что может быть признаком того, что он стремится сохранить рабочий статус, поддерживая качество жизни. Лица с изначально высокими значениями физического и психического дискомфорта чаще задерживаются в отделении более двух недель, но данный фактор не определяет их выбор остаться в реабилитационной программе. Продолжительность госпитализаций способствует формированию приверженности к реабилитации, а частота их — поддержанию качества жизни, удовлетворяющего пациентов, без полного отказа от ПАВ, сохраняя физическое и социальное функционирование.

#### **4.1.3. Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией**

Продолжается рост количества публикаций, посвященных оценке качества жизни наркологических пациентов, где показан изменчивый, дискретный характер его показателей, зависящий от этапа заболевания, его клинико-динамических характеристик, личностных особенностей пациента, соматических осложнений, патологического влечения, социального функционирования (Никифоров И.И., 2007; Ненастьева А.Ю., 2007; Бойко Е.О., 2009; Илюк Р.Д. и др., 2012; Крупицкий Е.М. и др., 2012; Рыбакова К.В. и др., 2012; Софронов А.Г., Николкина Ю.А., 2012; Зиновьева М.А., и др., 2013). Течение наркологического заболевания сопряжено с рецидивами, неблагоприятным прогнозом в плане отказа от потребления наркотиков, что определяет стабильно высокое число больных, неоднократно поступающих в стационар без мотивации к трезвости и реабилитации (Зобин М.Л., Егоров А.Ю., 2006; Катков А.Л., 2011; Софронов А.Г., Константинов Д.П., Григорьев В.А., 2014). Многократные госпитализации в

наркологический стационар порой рассматриваются как негативное явление, поддерживающее наркотизацию, высказываются пожелания сократить их количество для формирования осознанной мотивации к лечению и трезвости. Однако важным критерием лечения больного является улучшение качества его жизни, даже при продолжающемся потреблении наркотиков (Зобин М.Л., 2009; Агибалова Т.В., Тучин П.В., 2013; Городнова М.Ю., 2014). В этом случае наркологический стационар выступает как важный средовой ресурс, благодаря которому улучшается физическое и психическое здоровье пациентов. Мы предположили, что увеличение количества и длительности госпитализаций способствует повышению качества жизни пациентов с опиоидной наркоманией, даже в случае продолжения наркотизации, а пациенты с разной продолжительностью настоящей госпитализации имеют различия в изначальных показателях качества жизни, что отражает влияние последних на их выбор остаться или нет в лечебной среде.

Полученные на всей выборке показатели качества жизни (183 чел.), мы сравнили с результатами многоцентрового исследования качества жизни «Мираж», проведенного в 2005–2008 гг. В.Н. Амирджановой (таблица 7).

Таблица 7 — Сравнение средних показателей шкал SF-36 пациентов наркологического стационара со стандартизированными популяционными показателями

Группы и их численность	Показатели качества жизни опросника 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) (мужчины)	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

Примечание: 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.

Обращают на себя внимание достоверно высокие показатели шкалы «физическое функционирование» у пациентов наркологического стационара по сравнению с популяционными показателями. Они также выше средних значений популяционных показателей качества жизни жителей Санкт-Петербурга, полученных Ю.А. Сухоносом в 2000–2002 гг. (среднее значение  $PF=79,6$  балла;  $p<0,01$ ). Отсутствие стандартного отклонения в автореферате автора не позволило нам включить его данные в таблицу. Можно предположить, что высокая субъективная оценка пациентами своих возможностей продолжать выполнять повседневную деятельность отражает их искаженное восприятие действительности или указывает на имеющиеся возможности, которые соответствуют их повседневным потребностям и удовлетворяют их. Полученные нами значения показателя «физическое функционирование» соотносимы с результатами исследований качества жизни у больных опиоидной наркоманией проведенных А.Ю. Ненастьева (2007) и Е.О. Бойко (2009), но авторы указывают не на повышение, а на значимое его снижение по сравнению с контрольной группой условно здоровых лиц.

У больных значимо ниже, чем в популяции, показатели шкал жизненной активности, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и показатели шкалы психическое здоровье. Подобное наблюдение получено и при сравнении с популяционной нормой жителей Санкт-Петербурга, в котором средние значения данных шкал даже превышают средние значения, полученных в многоцентровом исследовании ( $VT=56,2$  балла;  $RE=66,5$  балла;  $MH=58,0$  балла), а степень достоверности различий с группой пациентов еще более значима ( $p<0,001$ ). Таким образом, пациенты наркологического стационара оценивают себя физически более способными и активными в повседневной деятельности, но менее способными выполнять повседневную работу в связи с худшим эмоциональным состоянием, сниженной жизненной активностью и худшим психическим здоровьем, чем мужчины контрольной группы популяционного исследования («здоров физически, болен эмоционально»).

Исследование качества жизни у пациентов на разном сроке госпитализации проведено путем сравнения средних показателей SF-36 в четырех группах. Группа 1 (108 чел.) — пациенты, заполнившие опросник на первой неделе пребывания, среднее количество койко-дней  $4,38 \pm 0,19$  дня; группа 2 (30 чел.) — на второй неделе, среднее —  $9,63 \pm 0,38$  дня; группа 3 (19 чел.) — с 15 по 30 день, со средним количеством дней пребывания  $20,16 \pm 0,96$  дня и 4 группа (26 чел.) — с 31 по 120 день госпитализации, среднее —  $78,65 \pm 4,74$  дня. Получены следующие достоверные различия ( $p < 0,01$ ):

1. Пациенты 2 группы имеют более низкие средние значения шкалы «жизненной активности», чем пациенты 4 группы ( $42,17 \pm 3,58$  дня против  $55,38 \pm 2,40$  дня).

2. Пациенты 4 группы имеют более высокие средние показатели по шкале «психическое здоровье» ( $60,15 \pm 2,12$  дня), чем пациенты всех трех групп ( $47,31 \pm 1,84$ ,  $47,73 \pm 3,19$ ,  $43,21 \pm 3,40$  дня соответственно), которые по данному показателю не отличаются между собой.

Таким образом, наибольший показатель «психическое здоровье», а, следовательно, и меньшая тревога, больший позитивный эмоциональный настрой, свойственен пациентам реабилитации, нежели пациентам первого месяца пребывания в отделении. Пациенты, обследованные на второй неделе, имеют меньшую «жизненную активность», отражающую ощущение силы и энергии, по сравнению с выбравшими реабилитацию.

А.Ю. Ненастьева (2007) показала, что в процессе индивидуально подобранной психофармакотерапии за трёхнедельный курс лечения в стационаре (в среднем  $22,02 \pm 6,23$  дня) достоверно улучшались показатели качества жизни пациентов с опиоидной зависимостью по шкалам «жизненная активность» и «психическое здоровье». Е.О. Бойко (2009) доказала достоверное улучшение показателя «жизненная активность» уже к 10 дню лечения в стационарных условиях. В отличие от этих исследований достоверных различий показателей шкал опросника качества жизни у пациентов в первый месяц лечения мы не обнаружили, что объясняется иным дизайном исследования.

Предполагая влияние показателей качества жизни на продолжительность настоящей госпитализации, изучение показателей качества жизни в период госпитализации в группах пациентов с разной длительностью пребывания в стационаре проходило на выборке пациентов, заполнивших опросник до 10-го дня (130 чел.). В среднем опросник был заполнен на  $5,08 \pm 0,21$  дня. Было создано четыре группы по количеству койко-дней настоящей госпитализации. В 1 группу включены пациенты, проведенные в отделении неделю и меньше (41 чел.), во 2 группу — пациенты, проведенные 8–14 дней (57 чел.), в 3 — 15–30 дней (21 чел.) и в 4 — более 30 дней (11 чел.). Были выявлены достоверные различия между всеми четырьмя группами только по показателям трех шкал качества жизни: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и интенсивность боли (таблица 8).

Таблица 8 — Средние значения показателей шкал опросника SF-36 в группах пациентов с различной длительностью госпитализации

Группы и их численность	Использованные шкалы опросника SF-36 (M±m)		
	PF (Физическое функционирование)	RP (Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием)	BP (Интенсивность боли)
Группа 1 n= 41	91,46±1,99	45,61±7,10	50,63±5,77 p <sub>1-3</sub> □0,05
Группа 2 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
Группа 3 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
Группа 4 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

Субъективная позитивная оценка своего физического состояния на первой неделе пребывания в стационаре не способствует удержанию пациента в программе лечения, а напротив, содействует его решению покинуть отделение. Пациенты, прервавшие лечение на второй неделе, имеют изначально более высокую оценку ролевого функционирования, что может определять их уход. Пациенты с изначально высокой интенсивностью болевого синдрома

задерживаются в стационаре только на срок от 2 и более недель, не считая для себя целесообразным пройти курс реабилитации. Самые низкие показатели по ролевому и физическому функционированию выявлены у пациентов, выбравших в дальнейшем реабилитацию, что, возможно, изначально и способствовало их выбору остаться в лечебной среде.

Для исследования качества жизни из 130 пациентов с разным количеством госпитализаций за текущий год, были сформированы 4 группы. Группа 1 (42 чел.) — пациенты, не имеющие госпитализаций, группа 2 (32 чел.) — впервые госпитализированные в текущем году, группа 3 (19 чел.) — госпитализированные дважды, группа 4 (37 чел.) — 3 и более госпитализаций. 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 ( $88,16 \pm 5,69$  балла) и 4 групп ( $87,16 \pm 3,67$  б.).

Таким образом, отсутствие госпитализаций определяется удовлетворительным физическим функционированием, а обращение за специализированной наркологической помощью может быть обусловлено ограничениями в выполнении обычных физических нагрузок, которые испытывает пациент. Повторные госпитализации в наркологический стационар способствуют улучшению физического состояния пациентов.

Учитывая отсутствие достоверных различий показателей шкал качества жизни, у пациентов, находящихся в отделении до одного месяца, исследованы корреляционные связи между показателями шкал в этой группе (157 чел.). Выявленные связи были классифицированы по их прочности. Степень корреляции до 0,3 мы оценили как слабую, от 0,3 до 0,7 — как умеренную и от 0,7 до 1,0 — как высокую.

Получены следующие достоверные двусторонние корреляционные связи.

1. Шкала «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», имеет положительную корреляцию средней прочности со шкалами «физическое функционирование» ( $r_0 = 0,605$ ,  $p < 0,001$ ), «интенсивность боли»

( $r_0=0,565$ ,  $p<0,01$ ) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ( $r_0=0,495$ ,  $p<0,01$ ).

2. Шкала «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», имеет положительную взаимосвязь средней прочности со шкалами «физическое функционирование» ( $r_0=0,480$ ,  $p<0,001$ ), «социальное функционирование» ( $r_0=0,532$ ,  $p<0,01$ ) и, указанную ранее взаимосвязь, со шкалой «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием».

3. Шкала «социальное функционирование» имеет положительную корреляцию средней прочности со шкалами «психическое здоровье» ( $r_0=0,396$ ,  $p<0,05$ ) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием».

4. Шкала «психическое здоровье» имеет положительную взаимосвязь средней прочности со шкалой «жизненная активность» ( $r_0=0,456$ ,  $p<0,05$ ).

Таким образом, чем выше физическая активность, лучше физическое функционирование пациента, тем выше степень его ролевого функционирования, обусловленного как физическим, так и эмоциональным состоянием. Социальное функционирование пациента (его социальные контакты) тем выше, чем лучше его эмоциональное состояние, обуславливающее выполнение работы или повседневной деятельности, и выше его общий показатель положительных эмоций.

Корреляционный анализ на выборке пациентов после месячного пребывания в стационаре (26 чел.), помимо указанных взаимосвязей, выявил отрицательную корреляцию средней прочности между показателем «физический компонент здоровья» и «психический компонент здоровья» ( $r_0= - 0,430$ ,  $p<0,05$ ). Данное наблюдение показывает, что пациенты реабилитационного этапа при позитивной оценке эмоционального здоровья, негативно оценивают физическое здоровье, и наоборот. Восстановление психического здоровья возвращает способность пациента адекватно оценивать действительность и обращаться за необходимой медицинской помощью для восстановления физического здоровья.

Таким образом, в результате регулярных госпитализаций в наркологический стационар у пациента улучшается физическое функционирование, что в свою очередь содействует улучшению ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием, определяя возможности пациента продолжать повседневную деятельность, несмотря на заболевание. Это может способствовать отказу от продолжения лечения, но указывает на улучшение качества жизни пациента без его полного отказа от потребления наркотика. Повторные неоднократные госпитализации могут улучшать качество жизни пациента с опиоидной наркоманией, но не способствуют участию в программе реабилитации.

Исследование качества жизни пациентов наркологического стационара позволяет сделать следующее заключение:

1. Пациенты наркологического стационара с опиоидной зависимостью оценивают свое физическое состояние значимо выше, чем мужчины в популяции. При этом психическое здоровье, жизненная активность и эмоциональное состояние больных опиоидной наркоманией значимо ниже, чем в популяции.

2. Только после месячного пребывания в лечебной среде наблюдается увеличение показателей шкал качества жизни, указывающих на ее улучшение. Пациенты реабилитационного этапа имеют достоверно более высокие значения показателей шкал «психическое здоровье», чем пациенты в первый месяц.

3. Пациенты, испытывающие более сильную боль при госпитализации, чаще других задерживаются в отделении после 14 дня, но интенсивность боли не способствует решению пациента остаться в стационаре дольше месячного срока и стать участником реабилитации. Пациенты, имеющие при поступлении более низкое ролевое функционирование, обусловленное физическими и эмоциональными проблемами, чаще выбирают программу реабилитации.

4. Пациенты, госпитализированные за год однократно, имеют самые низкие показатели по шкале «физическое функционирование»; увеличение количества госпитализаций восстанавливает физическое состояние и повышает качество

жизни даже при продолжении потребления наркотиков, что позволяет рассматривать госпитализации в наркологическое отделение как средовой ресурс.

5. С увеличением продолжительности лечения пациенты с опиоидной наркоманией более реалистично оценивают свое здоровье: при улучшении психического благополучия, хуже оценивают физическое состояние, что побуждает их обращаться за помощью в лечении сопутствующих заболеваний.

**Заключение.** Большинство пациентов наркологического стационара уходят из программ лечения в первые 10 дней госпитализации, отказ от лечения и нарушение режима в совокупности преобладает над плановой выпиской. Почти одна треть пациентов наркологического стационара не имели опыта госпитализации за предшествующий год. На момент вхождения в лечебную среду преобладающее число пациентов ориентированы на себя в преодолении зависимости от наркотика, что обусловлено низким доверием к лечебной среде. Одна треть пациентов в своем желании оставаться в лечебной среде опирается на ее участников. Пациенты с отсутствием госпитализации в течение года имеют удовлетворяющее их психофизическое функционирование и поддерживающую социальную среду, и ориентированы на краткосрочное лечение. Тяжесть состояния пациента не является определяющим фактором для его пребывания в стационаре сроком свыше 30 дней. Длительность предыдущих госпитализаций в отделение прямо влияет на длительность настоящей госпитализации. Частота госпитализаций обратно связана с их продолжительностью, но обеспечивает поддержание удовлетворяющего пациента качества жизни.

## 4.2. Сотрудники наркологического стационара

### 4.2.1. Синдром эмоционального выгорания у сотрудников наркологического стационара

Проведенный анализ заполненных анкет и сравнение их с тестовыми нормами показал, что среди сотрудников наркологического стационара только 10,5% не имеют синдрома эмоционального выгорания. Высокая и очень высокая степень данного синдрома представлена в 60% наблюдений (диаграмма 6).

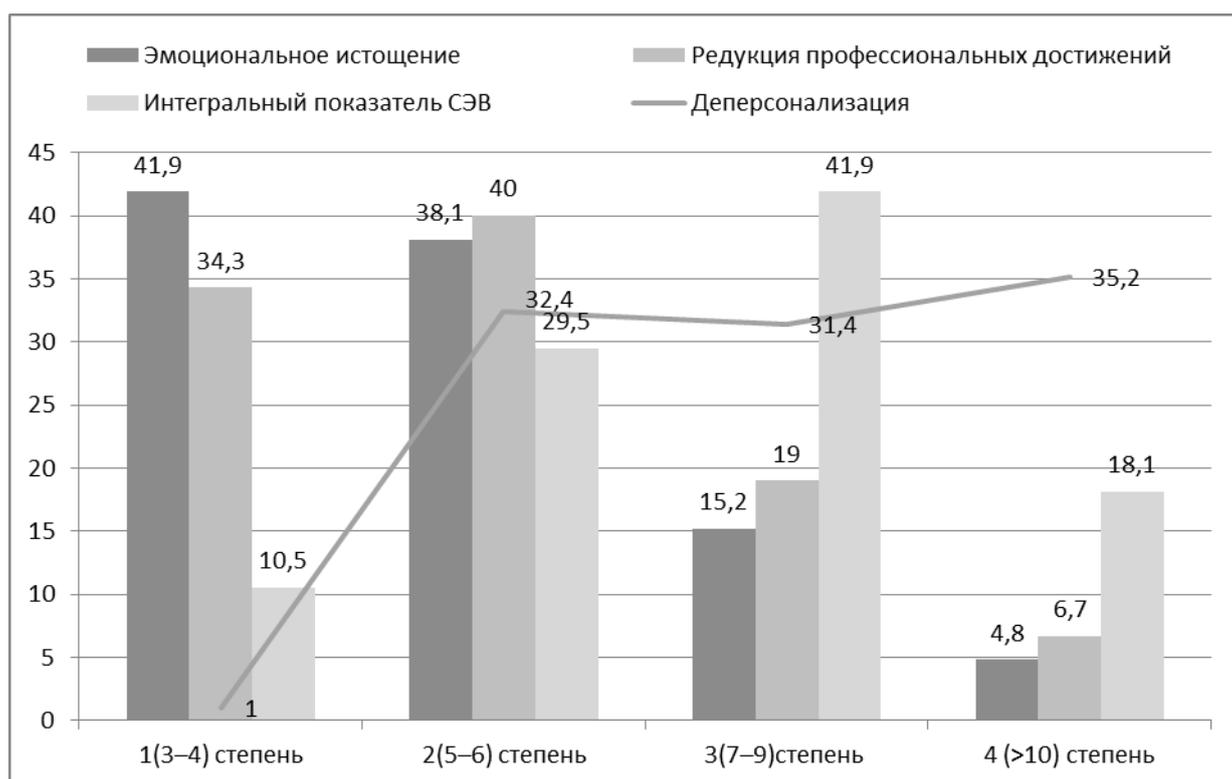


Диаграмма 6 — Распространённость синдрома эмоционального выгорания и его субшкал у сотрудников наркологического стационара (%).

Сравнение выраженности синдрома эмоционального выгорания и его субшкал у мужчин и женщин — сотрудников отделений, достоверных различий

не дало. Не найдено достоверных различий выраженности СЭВ и в группах специалистов, с разным уровнем образования: старший, средний и младший медицинский персонал. Ведущей шкалой в структуре синдрома является деперсонализация, только 1% специалистов имеют низкое значение данной субшкалы! Наибольшее психическое здоровье сохраняется по субшкале эмоциональное истощение, в 41,9% наблюдений.

Степень выраженности СЭВ и его субшкалы не имеют корреляций с возрастом, стажем работы в должности и общим медицинским стажем. Данные о распространенности СЭВ представлены в таблице 9.

Таблица 9 — Распространенность синдрома эмоционального выгорания и его субшкал у сотрудников наркологического стационара

Степень СЭВ (баллы)	Субшкалы синдрома эмоционального выгорания (СЭВ)						Интегральный показатель СЭВ	
	Эмоциональное истощение		Деперсонализация		Редукция профессиональных достижений			
	Абс. число	%	Абс. Число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
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%

Отталкиваясь от степени выраженности субшкал эмоционального выгорания, можно предположить, что в динамике развития синдрома эмоционального выгорания у сотрудников наркологического отделения имеются последовательные этапы. На первом этапе нарастает деперсонализация, затем редукция профессиональных достижений, и, в завершении, эмоциональное истощение. Данное предположение согласуется с мнением В.В. Лукьянова (2007), обозначающего «сгорание» как результат выгорания, что соответствовало фазе истощения согласно используемой им методики исследования СЭВ.

Сравнивая наши результаты с последними подобными исследованиями других авторов, мы обратили внимание на то, что те работы, в которых использован иной диагностический инструментарий (опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко), чаще дают более низкие значения выраженности СЭВ у специалистов психиатрического профиля. Так, по данным В.В. Лукьянова, для наркологов характерна «относительно невысокая степень эмоционального выгорания». Подобное наблюдение и в результатах исследований В.Л. Малыгина и коллег (2011), диагностировавших СЭВ у 37,7% врачей психиатров и наркологов и у 53,3% медицинских сестер. В нашем наблюдении распространенность СЭВ у сотрудников наркологических отделений значительно выше (89,5%).

#### **4.2.2. Оценка эффективности наркологической помощи и удовлетворенность работой сотрудников наркологического стационара**

Ряд исследователей описывает удовлетворенность работой, и поддержку коллектива в качестве значимых профилактических факторов для врачей-психиатров в отношении СЭВ (Kumar S., 2007; Bressi C et al, 2009; Kamrowska A, Kamrowski C., 2010). Удовлетворенность работой (УР) и эффективность оказания наркологической помощи (ЭНП) в отделении предлагалось оценить по 100-балльной шкале. Была выявлена довольно высокая удовлетворенность своей работой среди сотрудников отделений. Так 15,7% от числа опрошенных оценивают удовлетворенность работой в отделении на 100 баллов, и лишь 4,9 % респондентов удовлетворены своей работой менее чем на 30 баллов. Подобные наблюдения прослеживаются и в оценке эффективности оказания наркологической помощи: 16,5% респондентов дают 100-балльную оценку эффективности своей работы, и 6,2% из числа опрошенных менее 30 баллов.

Получены следующие средние значения: УР=69,0±2,12 балла и ЭНП=68,6±2,59 балла. При этом оба показателя имеют положительную двустороннюю корреляционную связь ( $r_0=0,374$ ,  $p<0,001$ ). Чем выше удовлетворенность работой сотрудника, тем выше его оценка эффективности оказываемой помощи в отделении.

Корреляционный анализ степени оценки эффективности оказания наркологической помощи с возрастом и стажем работы в должности показал: чем меньше стаж работы сотрудника в должности, тем выше оценка эффективности оказания наркологической помощи  $r_0= - 0,249$ ,  $p<0,05$ , при этом корреляции с возрастом не обнаружено. То есть, чем меньше времени работает сотрудник, тем выше он оценивает эффективность своей работы, с продолжительностью времени работы в должности оценка эффективности работы падает.

Выявлена слабая отрицательная взаимосвязь между удовлетворенностью работой и эмоциональным истощением ( $r_0= -0,291$ ,  $p<0,01$ ) и с деперсонализацией ( $r_0= -0,219$ ,  $p<0,05$ ). Т.е., сотрудники удовлетворенные своей профессиональной деятельностью реже воспринимают клиента как объект воздействия и меньше эмоционально истощены, что позволяет им сопереживать пациенту и его близким. Данное наблюдение согласуется с результатами метаанализа 65 групп врачей различных специальностей и из разных регионов мира, который показал, что эмоциональное истощение и деперсонализация отрицательно коррелировали с ощущением независимости и безопасности и положительным отношением к работе; положительно — с высокими нагрузками, ограничительно-принудительной структурой организации труда, наличием конфликтов, низкими стандартами качества и безопасности работы, негативным отношением к работе (Raymond T. Lee et al., 2013).

Мы решили проследить имеют ли место различия в оценке эффективности оказания наркологической помощи, удовлетворенности работой и выраженности СЭВ и его субшкал у сотрудников разных отделений (неотложной помощи, реабилитации и восстановительного лечения). Кроме этого, учитывая ранее обнаруженные корреляции и необходимость учета стажа и возраста в оценке

выраженности СЭВ, мы решили сравнить возраст, медицинский стаж и стаж работы в должности у сотрудников, работающих в разных отделениях. Были созданы три группы: группу 1 составили сотрудники отделений неотложной помощи и реанимации (n=33), 2 — отделений, где оказывалась преимущественно реабилитационная помощь (n=23), 3 группа была представлена специалистами, которые оказывали и реабилитационную помощь, и проводили дезинтоксикационную терапию (n=49). Представители всех трех групп одинаково оценивают оказание наркологической помощи на отделении и имеют близкую степень удовлетворенности своей работой. Были получены достоверные различия групп по выраженности интегрального показателя СЭВ и его субшкал, возрасту и стажу (таблица 10).

Таблица 10 — Сравнение групп сотрудников отделений по показателям СЭВ, возрасту, стажу работы в должности и медицинскому стажу (M±m)

Группы	Возраст	Медицинский стаж	Стаж работы в должности	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Интегральный показатель СЭВ
1(n=33)	37,0±1,68 p <sub>1-2</sub> <0,01	13,4±1,68 p <sub>1-3</sub> <0,05	9,76±1,51 p <sub>1-3</sub> <0,01	22,9±1,39 p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01	14,3±0,54 p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,05	7,0±0,41 p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01
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

С помощью критерия Манна — Уитни, были получены следующие результаты:

1. Наименьший возраст имеют представители отделения «первой наркологической помощи», достоверно отличаясь по этому показателю с представителями отделения реабилитации.

2. Наименьший медицинский стаж и стаж работы в должности имеют представители отделения восстановительного лечения, достоверно отличающийся от специалистов отделения «первой наркологической помощи».

3. Сотрудники группы «первой наркологической помощи» имеют достоверно более высокие значения эмоционального истощения и

деперсонализации, чем представителей других групп, несмотря на значимо более низкий интегральный показатель СЭВ. Однако значения интегрального показателя, также как и в других группах, отражает высокую степень СЭВ. отражает его высокую степень.

Получив противоречивые результаты, мы сравнили с помощью таблицы сопряженности представителей трех отделений по представленности степеней интегрального показателя СЭВ, создав 4 группы по его выраженности: низкая степень, средняя степень, высокая и очень высокая степень. Получены достоверные различия на уровне  $p < 0,05$  между первой и третьей группой: в отделении «первой помощи» нет сотрудников с низкой степенью СЭВ, 16,3% сотрудников отделения восстановительного лечения не имеют признаков СЭВ, при этом очень высокая степень СЭВ диагностирована у 33,3% специалистов первой группы против 10,2% в третьей.

Таким образом, сотрудники отделения «первой наркологической помощи» являются наиболее молодыми, но наиболее эмоционально истощены и используют в работе больше субъект-объектных отношений, что определяется свойственной им деперсонализацией и особенностями оказываемой помощи. Наиболее оптимистичны и «здоровы» сотрудники реабилитационного отделения, которые работают с контингентом, ориентированным на приверженность к реабилитационной программе, несмотря на большой возраст и стаж работы в должности по сравнению с представителями других отделений.

Мы также проследили возможные различия у сотрудников с разным уровнем образования, создав три группы: младший медицинский персонал ( $n=30$ ), средний медицинский персонал ( $n=36$ ) и медицинский персонал с высшим образованием ( $n=32$ ). Проведенный однофакторный дисперсионный анализ выявил различия по медицинскому стажу и длительности работы в наркологии между данными группами. С помощью множественных сравнений методом Тамхейна младший медицинский персонал по критерию Тьюки имеет значимо ( $p < 0,01$ ) меньший стаж работы в наркологии ( $5,5 \pm 0,98$  года) и общий медицинский стаж ( $4,4 \pm 1,57$  года), чем средний ( $13,7 \pm 1,93$ ;  $19,4 \pm 2,38$  года) и

старший медицинский персонал ( $13,7 \pm 2,05$ ;  $17,4 \pm 2,08$  года), которые по этим показателям достоверно не отличаются между собой. Кроме того, младший медицинский персонал достоверно ( $p < 0,05$ ) выше оценивает эффективность оказания наркологической помощи ( $81,0 \pm 3,39$  балла), чем средний ( $62,4 \pm 4,75$  балла) и старший ( $64,7 \pm 4,75$  балла), имеющие близкие значения по этому показателю. Наименее удовлетворены работой врачи и психологи ( $61,3 \pm 3,54$  балла), их средний показатель удовлетворенности достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), 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 имеют достоверных различий.

### ***Заключение.***

1. Преимущественное число сотрудников наркологического стационара имеют ту или иную степень синдрома эмоционального выгорания. Ведущей шкалой СЭВ у специалистов наркологического профиля является деперсонализация. Младший, средний и старший медицинский персонал наркологического стационара имеют одинаковую степень выраженности СЭВ и его субшкал.

2. Сотрудники всех отделений имеют средний интегральный показатель СЭВ указывающий на высокую степень профессионального выгорания, при этом персонал отделения «первой помощи» наиболее эмоционально истощен и имеет наибольшую степень деперсонализации в отношениях с пациентами, что может определяться особенностями оказания ими специализированной помощи — купирование ургентных состояний.

3. Наименее подвержены выгоранию сотрудники реабилитационного отделения, наиболее старшие из всех и имеющие больший стаж работы в должности.

4. Сотрудники наркологических отделений в целом высоко оценивают удовлетворенность работой и эффективность оказания наркологической помощи в отделении. Наибольшую оценку эффективности наркологической помощи дает младший медицинский персонал, имеющий наименьший стаж работы в

должности. С продолжительностью работы в должности оценка эффективности оказываемой в отделении наркологической помощи падает.

5. Наименее удовлетворен своей работой старший медицинский персонал, что определяет риск формирования синдрома эмоционального выгорания.

6. Чем более удовлетворен своей работой сотрудник, тем выше он оценивает результаты своей работы — эффективность оказания наркологической помощи, тем ниже его значения эмоционального истощения и деперсонализации.

## ГЛАВА 5. ПОЛЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ

### 5.1. Критерии эффективности лечения в наркологии

Наркомания является хроническим, рецидивирующим заболеванием, но, несмотря на попытки введения диверсифицированного понятия терапевтического результата при опиоидной зависимости (Зобин М.Л., 2009), до настоящего времени основным и практически единственным критерием эффективности оказания наркологической помощи остается критерий отказа от потребления психоактивных веществ (годовая устойчивая ремиссия), ориентированного, главным образом, на пациентов реабилитации (Менделевич В.Д., 2003; Зобин М.Л., Егоров А.Ю., 2008; Городнова М.Ю., 2012; Крупицкий Е. М. и др., 2012). Данный подход подвергается критике с позиции науки и медицинской практики, известно, что формирование полной и длительной трезвости — трудновыполнимая и поэтапная задача (Илюк Д., и соавт., 2013). По данным обзора А.Л. Каткова (2011), вопрос о продолжительности ремиссии больных наркоманией остается весьма спорным и неоднозначным из-за несовершенства методологии исследований. Следует признать, что данный критерий даже при самых оптимистичных прогнозах и наблюдениях регистрируется не более чем у 8–15% пациентов, страдающих опиоидной зависимостью, но именно они представляют преобладающий контингент наркологического стационара (Кошкина Е. А., 2007; Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г., 2010; Менделевич В.Д., 2012). Попытки ввести дифференцированные показатели, повышающие возможность достижения полной ремиссии и указывающие на улучшение качества жизни пациентов, не находят широкого применения в стационарной наркологии. В условиях, когда почти 75% пациентов выбывают из лечебной среды, применение к ним критерия эффективного лечения, а именно отказа от психоактивных веществ (ПАВ), представляется сомнительным и даже

стрессогенным для специалистов стационарного звена, которые в ситуации хронического профессионального стресса «профессиональной неуспешности» подвержены синдрому эмоционального выгорания (Лукьянов В.В., 2007; Малыгин В.Л. и др., 2011; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013).

Эффективное лечение должно быть ориентировано на совокупность разнообразных потребностей индивида, а не только на потребление им наркотиков, что является одним из основных принципов лечения наркологических больных, принятых за рубежом. Уменьшение частоты рискованных форм поведения и криминальной активности, улучшение состояния здоровья, уменьшение проявлений конфликтности и увеличение занятости предлагаются современными исследователями в качестве дифференцированных показателей, повышающих потенциальную возможность достижения полной ремиссии у пациентов наркологического профиля (Зобин М.Л., 2008, 2009; Менделевич В.Д., Зобин М.Л., 2012). Согласно мнению Д.А. Автономова, А.Г. Савицкого и С.С. Сошникова критерии эффективности наркологической помощи должны соответствовать задачам трех уровней профилактики наркологических заболеваний, основанных на реализации основной цели лечебной помощи в наркологии — «сотрудничество с пациентом в достижении по возможности полной (идеальная цель, наивысший стандарт) или неполной ремиссии (реалистичная цель, возможно промежуточная), повышение качества жизни и достижение максимально возможного уровня физического и психического здоровья» (Наркология. Критерии эффективности. Серия «Правовая наркология». Под общей редакцией О.В. Зыкова. Выпуск 6. — М: РБФ НАН, 2013. — С. 37). В своем научном поиске мы следуем последним представлениям о критериях эффективности наркологической помощи.

***Критерии эффективного лечения с точки зрения пациентов.***

Исследование критериев эффективного лечения с точки зрения пациентов наркологического отделения показало, что на первом месте стоит критерий «отказ от приема наркотиков», такой ответ дали 124 (67,8%) пациента, далее идет критерий «смогу работать» — 76 (41,5%) и «улучшение здоровья» — 70 (38,3%)

пациентов. «Улучшение отношений с близкими», как критерий эффективности, рассматривают 62 (33,9%) респондента; «смогу контролировать потребление» — 9 (4,9%) и другое — 13 (7,1%) пациентов. Под критерием «другое» встречались следующие высказывания: женюсь, расплачусь с долгами, найду жилье, избегу судебного наказания, родим ребенка.

Ожидания пациентов от госпитализации представлены следующим образом: «отказаться от употребления ПАВ» предполагают 124 (67,8%) респондента, «улучшить состояние здоровья» — 100 (54,6%), «получить положительную характеристику» — 12 (6,6%), обрести «временное жилье» — 6 (3,3%), «снизить дозу» — 11 (6%). Отказ от употребления и улучшение здоровья остаются главными ожиданиями от госпитализации, что соотносится с их представлениями о критериях эффективности наркологической помощи.

Предположив, что установки в отношении критериев эффективности лечения могут обуславливать длительность пребывания пациента в лечебной среде, мы решили сравнить группу пациентов, выбирающих «отказ от употребления» ( $n=124$ ), как критерий эффективного лечения и группу не выбравших этот критерий ( $n=59$ ) по количеству койко-дней настоящей госпитализации. С помощью непараметрического критерия Манна — Уитни было получено достоверное различие  $p<0,01$ : среднее количество койко-дней первой группы оказалось почти в 2 раза выше, чем во второй:  $40,3\pm 3,98$  и  $22,0\pm 4,25$  дня соответственно. Учитывая, что 30 человек из числа исследуемых, выбравшие критерий «отказ от употребления», это участники реабилитационной программы, находящиеся на отделении более трех недель, мы решили провести такое же сравнение в группах пациентов, заполнивших анкеты до 10 дня пребывания в отделении ( $n=130$ ). В 1 группе оказалось 82, а во 2 — 48 человек, однако, достоверных различий по длительности нахождения в системе оказания наркологической помощи найдено не было. Подобный результат был получен в группе пациентов, заполнивших анкету и до 21 дня пребывания в отделении. Таким образом, выбранный критерий «отказ от употребления наркотика» у

пациентов первых недель пребывания в стационаре носит формальный характер и не обуславливает их решение остаться в программе реабилитации.

Подобное сравнение было проведено в группах пациентов, заполнивших анкету в первые 10 дней нахождения в стационаре, выбравших и не выбравших критерий «смогу работать». У пациентов первой группы ( $n=52$ ) количество койко-дней, проведенных в отделении, достоверно больше, чем во второй группе ( $n=78$ ):  $17,1 \pm 3,0$  дня и  $14,8 \pm 2,34$  дня соответственно. Такое же сравнение на всей выборке и среди заполнивших анкету до 21 дня достоверных различий не выявило.

Сравнивая группы пациентов, выбравших и не выбравших другие критерии эффективности наркологического лечения, достоверных различий по длительности лечения не получено.

Таким образом, можно сделать вывод, что признанный пациентами критерий «отказа» на первых неделях пребывания их на наркологической койке не обуславливает их «позитивный» выбор — остаться в реабилитационном отделении. Уже осознанный выбор пациентов участников реабилитации способствует их удержанию в системе оказания им помощи. Пациенты, имеющие установку на работу с первых дней пребывания в стационаре, значимо дольше удерживаются в отделении, чем не имеющие такой установки.

Корреляционный анализ данных, полученных до 10 дня пребывания пациентов, с помощью коэффициента корреляции Спирмена, позволил выявить следующие двусторонние связи: критерий «отказ от употребления» отрицательно связан с критерием «контроля потребления» ( $r_0 = -0,202$ ;  $p < 0,05$ ) и критерием «другое» ( $r_0 = -0,294$ ;  $p < 0,001$ ). Критерий «смогу работать» имеет положительную двустороннюю взаимосвязь с критерием «смогу наладить отношения с близкими» ( $r_0 = 0,410$ ;  $p < 0,001$ ). Наибольшее количество взаимосвязей имеет критерий эффективности наркологического лечения «смогу наладить отношения с близкими»: положительная взаимосвязь с критерием «улучшение здоровья» ( $r_0 = 0,352$ ;  $p < 0,000$ ) и ранее описанная взаимосвязь с критерием «смогу работать», отрицательная взаимосвязь с критерием «другое» ( $r_0 = -0,188$ ;  $p < 0,05$ ).

Продолжительность койко-дней имеет лишь одну положительную корреляцию с критерием «смогу работать».

Таким образом, пациенты с установкой на критерий эффективности «улучшить отношения с близкими» чаще имеют установки в отношении критерия «смогу работать» и «улучшение здоровья», и реже — с критерием «другое». Противоположным критерию «отказ от употребления» является критерий возможности «контроля употребления» и критерий «другое», что сохраняется и в корреляционном анализе на всей выборке. Положительная взаимосвязь количество койко-дней и установки в отношении критерия эффективности наркологической помощи «смогу работать», подтверждает описанное ранее наблюдение о более длительном пребывании в отделении пациентов, ориентированных на профессиональную деятельность.

На полной выборке (n=183) получены достоверные положительные двусторонние связи между критерием эффективности «отказ от употребления» и продолжительность койко-дней в отделении. Это объясняется большим числом пациентов с длительным пребыванием в программе реабилитации, найдено большее число достоверных положительных связей между критериями «смогу работать», «улучшу здоровье», «откажусь от ПАВ» и «налажу отношения с близкими», что указывает на более осознанные представления о необходимых для пациента изменениях, характеризующих для него эффективное лечение.

***Критерии эффективности лечения с точки зрения сотрудников.*** Высказывания сотрудников о критериях эффективности наркологической помощи в отделении были разделены 5 групп: полный отказ от ПАВ, улучшение качества жизни пациента, ремиссия больше года, снижение потребления ПАВ, любая оказываемая помощь.

Для описания результатов мы ввели понятие «насыщенность среды» той или иной установкой в отношении эффективности оказываемой помощи. Наибольшая насыщенность определилась установкой «полный отказ от ПАВ», такое ожидание высказали 83 (79%) респондента, и среднее значение данного условия по всей выборке составило  $1,07 \pm 0,07$  балла. На втором месте оказалась

установка «улучшение качества жизни пациента», ее выбрали 31(29,5%) специалист, среднее значение данной установки  $0,38 \pm 0,07$  балла. «Ремиссия больше одного года» как критерий эффективности выбрана 19 (18,1%) респондентами ( $0,22 \pm 0,05$  балла). Меньше всех представлена установка «снижение употребления ПАВ»  $0,05 \pm 0,02$  балла, выбор 5 (4,8%) сотрудников и «любая помощь пациенту»  $0,07 \pm 0,03$  балла, выбор 6 (5,7%) респондентов.

Установка в отношении критерия эффективности лечения «отказ от употребления» имеет ряд корреляций с другими установками, отражающими эффективность лечения. Так данная установка отрицательно коррелирует с установкой «улучшение качества жизни пациента» ( $r_0 = -0,528$ ,  $p < 0,000$ ), и установкой «оказание любой помощи» ( $r_0 = -0,193$ ,  $p < 0,05$ ). То есть, специалисты, которые чаще считают критерием эффективности «отказ от употребления», реже рассматривают другие критерии эффективности наркологической помощи: «оказание любой помощи» и «улучшение качества жизни пациента». Данное наблюдение перекликается с исследованиями В.Д. Менделевича (2011), показавшего, что российские наркологи не признают больных наркоманией больными в полном смысле этого термина и не учитывают научные данные об этиопатогенезе заболевания.

**Заключение.** Лечебная среда наркологического стационара преимущественно насыщена ожиданиями от пациента в плане его полного отказа от ПАВ. Среди пациентов и сотрудников преобладающим критерием эффективности оказания наркологической остается критерий «отказ от употребления психоактивных веществ», в большей степени — среди сотрудников (79% против 67,8%). У пациентов первых недель пребывания данный критерий носит формальный характер. Менее 5% пациентов и сотрудников рассматривают контролируемое потребление (уменьшение потребления) как возможный эффект лечения.

Критерий эффективности «улучшение качества жизни наркологического больного» (основной критерий эффективности в психиатрической практике и практике оценки помощи хроническим больным) рассматривает лишь одна треть

персонала наркологического стационара и является основным, по мнению 40% пациентов.

Наличие у сотрудника установки «отказ от употребления», как критерия эффективного лечения, препятствует рассмотрению им возможности принять другой важный критерий эффективности помощи хроническим больным «улучшение качества жизни пациента».

## **5.2. Установки сотрудников наркологического стационара в плане оказания наркологической помощи**

При сборе материала был отмечен следующий факт: сотрудники опасались высказывать свое мнение об организации наркологической помощи, о ее эффективности и о своем отношении к пациенту и его поведению. Число отказов в заполнении анкет составило более 50 %.

Анализ полученного материала позволил выделить 8 групп установок по направленности высказывания (вектору): к пациенту, к самому специалисту, к заболеванию, к лечению, к организации наркологической помощи, к среде пациента, к родственникам пациента, к среде специалиста.

Примером позитивной когнитивной установки по отношению к пациенту (КП+) могут служить следующие высказывания: «хорошо, что пришел в отделение», «думаю, теперь у него все получится», «надеюсь, что он справится со своей зависимостью». Такие установки были представлены в 59 ответах, среднее значение составило  $0,91 \pm 0,10$  балла, что в 1,68 раза меньше среднего значения негативной установки по отношению к пациенту (КП-)  $1,53 \pm 0,12$  балла, которая была выбрана 78 раз. Примером ее могут служить следующие высказывания: «он так и будет употреблять», «зачем на него переводить деньги, если он не хочет лечиться», «бездельник и тунядец вновь тут».

Позитивные установки к себе, как к специалисту, оказывающему наркологическую помощь (КС+), выглядят следующим образом: «я много делаю для своих пациентов», «приложены все усилия и знания», «следует сделать что-то еще». Негативные установки (КС –) звучат противоположным образом: «мы что-то не сделали», «усилия были напрасны», «мне не хватает знаний и сил». Количество позитивных выборов составило 33 при среднем значении  $0,46 \pm 0,08$  балла, против  $0,18 \pm 0,04$  балла негативных, при частоте выбора 18. Обращает на себя внимание, что как позитивные, так и негативные установки по отношению к себе встречаются значительно реже, чем выборы, направленные на пациента, то есть специалист в большей степени ориентирован на пациента, нежели на самого себя в оценке происходящих в отделении событий.

В отношении себя и своей работы сотрудник наркологического стационара чаще когнитивно позитивен, но при этом имеет негативные эмоциональные переживания, что может быть выглядеть следующим образом: «Пациент сам виноват и его окружение виновато, ничего не делают для выздоровления, но я им сопереживаю, жалею и сочувствую. Сам я часто злюсь, испытываю страх и равнодушие, но я хорошо работаю и много делаю и буду делать для выздоровления пациента, необходимо учиться и совершенствоваться».

Установка в отношении патогенеза заболевания (КЗ–), как причины поведения пациента, представлена 30 выборами, среднее значение  $0,33 \pm 0,06$  балла. Типичные высказывания респондентов: «это же наркомания!», «болезнь берет свое», «героин умеет ждать», «что ждать от больного наркоманией». Менее одной трети сотрудников считают типичное поведение пациента проявлением болезни, большинство склонны рассматривать срыв и отказ от лечения, как нежелание пациента прекращать потребление наркотика, что согласуется с наблюдениями В.Д. Менделевича и М.Л. Зобина (2012).

Позитивная когнитивная оценка лечебного процесса (КЛ+), с типичными высказываниями: «было предложено полное лечение», «хорошая реабилитация», «полное медицинское обследование и лечение», выбрана сотрудниками 10 раз ( $0,1 \pm 0,03$  балла), и встречается почти в 2 раза реже, чем негативная: «что еще

ждать от такой помощи», «лечение недостаточно», «у нас много, что отсутствует», «нет заместительной терапии». Число последних выборов составило 22, при среднем значении  $0,27 \pm 0,06$  балла.

Приблизительно одинаковое количество выборов в отношении негативной (КО-) и позитивной (КО+) когнитивной оценки организации наркологической помощи: 19 и 16 респондентов. Средние значения составили, соответственно,  $0,22 \pm 0,05$  и  $0,19 \pm 0,05$  балла. То есть, количество высказываний по типу «недостаточно хорошая организация» приблизительно равно количеству высказываний: «наркологическая помощь хорошо организована».

Причину дезадаптивного поведения пациента видят в его среде 6 респондентов (КС-): «опять попал в наркоманскую среду», «его вновь не поняли», среднее значение составило  $0,07 \pm 0,03$  балла.

Позитивный эмоциональный настрой по отношению к пациенту (ЭП+) обнаружен в 31 выборе: «испытываю жалость», «сопереживаю», «верю, что сможет», негативный (ЭП-) в 13 выборах: «сам виноват», «злюсь на пациента», «надоел до жути», соответственно средние значения представлены  $0,47 \pm 0,09$  против  $0,14 \pm 0,04$  балла. Можно сказать, что эмоциональная поддержка пациента представлена в 3 раза чаще, чем негативное эмоциональное отвержение.

Позитивные эмоциональные переживания в отношении себя (ЭС+) представлены у 34 респондентов, среднее значение  $0,56 \pm 0,10$  балла, негативные эмоциональные переживания признал 51 сотрудник, среднее значение  $0,73 \pm 0,09$  балла. Высказывания такого содержания, как «испытываю грусть, злость, страх, безразличие, потерю интереса», звучат в 1,5 раз чаще, чем «горжусь собой, интересно, радостно, получаю удовольствие от работы».

Следующие высказывания представлены малым числом респондентов, тем не менее, они остаются существенными с точки зрения полевого подхода, так как определяют возможность ситуации позитивного / негативного выбора пациента. Сопереживание родственникам больного (ЭРБ+) продемонстрировали 7 респондентов, среднее значение выборов составило  $0,07 \pm 0,03$  балла, сопереживание к собственным родным («хорошо, что моим близким не

приходится с этим сталкиваться») продемонстрировали 2 специалиста (ЭРС+) среднее значение равно  $0,02 \pm 0,01$  балла. Страх по отношению к собственным близким (ЭРС-) выявлен также у 2 респондентов («страшно за детей»), среднее составило  $0,03 \pm 0,02$  балла. Позитивный эмоциональный отклик в отношении организации лечения (ЭОЛ+) указали в 2 анкетах, а негативный (ЭОЛ-) в 3. При этом средние значения имеют отличия в 2 раза: ЭОЛ+ ( $0,02 \pm 0,01$  балла), против ЭОЛ- ( $0,04 \pm 0,02$  балла).

Корреляционный анализ с помощью треугольной матрицы Спирмена дал следующие результаты. Возраст персонала положительно связан с отрицательной когнитивной установкой по отношению к пациенту (КП-)  $r_o = 0,215$ ,  $p < 0,05$ , и позитивным эмоциональным сопереживанием ему (ЭП+)  $r_o = 0,315$ ,  $p < 0,001$ , но отрицательно с позитивной когнитивной оценкой себя как профессионала (КС+),  $r_o = -0,209$ ,  $p < 0,05$ , и собственным негативным эмоциональным настроением (ЭС-)  $r_o = -0,262$ ,  $p < 0,01$ . Таким образом, чем старше сотрудник, тем чаще он винит в болезни самого пациента, больше ему сочувствует и при этом реже позитивно оценивает свой профессиональный труд и испытывает положительные переживания на своем рабочем месте.

**Заключение.** Лечебная среда наркологического стационара преимущественно насыщена негативным когнитивным отношением к пациенту и его окружению. Причину наркоманического поведения сотрудники преимущественно видят в нежелании пациента менять его, менее одной трети сотрудников усматривают причину в патогенезе самого заболевания. Эмоциональная поддержка и проявление сочувствия к пациенту со стороны персонала преобладают над его эмоциональным отвержением. Имеется своеобразный «перекрест» между когнитивными установками и эмоциональными переживаниями сотрудников направленными к пациенту и к самому себе: отрицательная когнитивная оценка действий пациента и сопереживание ему, при позитивной когнитивной оценке своего труда и преобладание негативных переживаний на рабочем месте.

Оценка организации наркологической помощи в плане позитивного и негативного отношения равнозначна, но в эмоциональном плане в 2 раза чаще встречаются отрицательные переживания, вызываемые системой оказания наркологической помощи. Отрицательная оценка лечения как причины негативных событий в отделении почти в два раза преобладает над позитивной трактовкой результатов лечения. В фоне остается страх и радость за своих родных, которые могут столкнуться, или, что хорошо, не столкнулись с проблемой наркологической болезни у их близкого.

Чем старше сотрудник и чем дольше работает в занимаемой должности, тем чаще негативен в когнитивной оценке пациента, реже испытывает позитивные переживания в отделении и положительно оценивает свою профессиональную деятельность, но при этом чаще сопереживает пациенту, что в конечном итоге может быть следствием эмоционального истощения.

### **5.3. Эмпатическое поле в наркологическом стационаре**

Признанным фактором успешности лечения наркологических больных является терапевтический альянс (Агибалова Т.В., Тучин П.В., 2013; Гринсон Р.Р., 2003; Horvath A.O., Greenberg L.S., 1994; Martin D.J., Garske J.P., Davis M.K., 2000) или эмпатическая связь между пациентом и врачом (Роджерс К., 2002), который играет важную роль в повышении и поддержании приверженности к лечению (Маклеллан А.Т., Марсдан Дж., 2005; Miller W.R., Rollnick S., 1991). Существует достоверная корреляция между уровнем эмпатической связи в начале лечения (ранний альянс), и удержанием пациентов в лечебной программе и снижением употребления психоактивных веществ (Meier P.S., Barrowclough C., Donmall M.C., 2005).

Эмпатия как основное условие восстановления процессов развития, находит свое отражение в концепции «оптимальной эмпатии» R. Stolorow (1983),

«оптимальной откликаемости» Н. Васаи (1985) или аффективной настройки. Принятие и эмпатическое понимание медицинским работником аффективных состояний и потребностей пациента переживается как облегчающая среда, в которой через intersубъективное взаимодействие посредством интернализации происходит продолжение процесса развития личности больного, прерванного или задержанного ранее. Регуляция со стороны окружения заменяется саморегуляцией и пациент приобретает опыт самоутешения, самоободрения и самоэмпатии, что во многом определяет его выздоровление. Эмпатическая связь разворачивается в лечебной среде, которая, с точки зрения полевого подхода и диалога в интеракционально-контекстуальной парадигме психологии, становится процессом протекания событий, процессом оформления опыта, а поведение пациента и специалиста, при обоюдном влиянии, является функцией среды. Взаимная эмпатизация становится условием эффективного взаимодействия и лечения, а основной характеристикой поля в этом случае становится насыщенность эмпатией лечебной среды наркологического стационара.

***Эмпатические способности пациентов наркологического стационара.***

Мы изучили уровень эмпатии, выраженность ее каналов и их связи с возрастом, длительностью потребления, длительностью госпитализации у пациентов наркологического стационара. Удельный вес пациентов, имеющих очень низкий уровень эмпатии, составил 22,7% (46 чел.), заниженный — 60,1% (122 чел.), средний — 17,2% (35 чел.), очень высокий уровень эмпатии не диагностирован. При сравнении групп пациентов с разным уровнем эмпатии по показателям длительности потребления психоактивных веществ, длительности инъекционного употребления, возрасту, длительности пребывания в отделении на время заполнения опросника и длительности госпитализации значимых различий нет.

Анализ 183 полностью заполненных опросников показал, что средний уровень эмпатии у пациентов с опиоидной наркоманией составил  $17,45 \pm 0,3$  балла, что в соответствии с данными автора методики, относится к заниженному уровню. Структура эмпатии пациентов представлена следующим образом: наиболее выражен *интуитивный канал* ( $3,16 \pm 0,11$  балла), обуславливающий

способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании, наименее выражена *проникающая способность* ( $2,66 \pm 0,09$  балла), позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности и задушевности. Второе место по выраженности принадлежит *рациональному каналу* эмпатии ( $3,11 \pm 0,97$  балла), который определяет спонтанный интерес к Другому, направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на другого человека. *Установки, способствующие эмпатии* и облегчающие действие всех эмпатических каналов, составили  $2,93 \pm 0,1$  балла из шести возможных. Одинаково представлены *эмоциональный канал* ( $2,79 \pm 0,1$  балла), отражающий способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать, и *идентификация* ( $2,79 \pm 0,1$  балла), являющаяся непременным условием успешной эмпатии, определяющая умение понять другого на основе сопереживания, постановки себя на место партнера, способности взглянуть на мир его глазами.

Таким образом, пациенты наркологического стационара в эмпатическом контакте с другими опираются в большей степени на интуицию и опыт, хранящийся в подсознании, менее всего они обладают способностью создавать доверительную атмосферу общения. Пациенты в своем способе познания Другого и взаимодействия с ним опираются на врожденные интуитивные способности.

Сравнение выраженности эмпатии и эмпатических каналов у пациентов с диагнозом алкоголизм и опиоидная наркомания дало достоверные результаты ( $p < 0,05$ ) лишь по выраженности эмоционального канала: возможность сопереживать у пациентов, страдающих алкоголизмом ( $3,70 \pm 0,36$  балла) выше, чем у пациентов с опиоидной наркоманией ( $2,79 \pm 0,1$  балла), что определяет их большее сопереживание и эмоциональную теплоту в отношениях с другими. Это может объяснять предпочтение, свойственное ряду специалистов, к работе с больными алкоголизмом.

Сравнив группы пациентов, имеющих продолжительность настоящей госпитализации до одного месяца и более, мы получили достоверно ( $p < 0,05$ )

более высокое значение интуитивного канала эмпатии у пациентов с краткосрочным пребыванием на отделении ( $3,39 \pm 0,12$  против  $2,78 \pm 0,21$  балла). У пациентов, длительно находившихся в стационаре, отмечена тенденция к более низкому среднему уровню эмпатии ( $17,11 \pm 0,49$  против  $17,73 \pm 0,34$  балла). Это может указывать на сохранную способность пациентов, рано уходящих из отделения, опираться на свою интуицию в контакте с другими и таким способом обеспечивать возможность продолжать наркотизацию.

С помощью корреляционного анализ Спирмена выявлены достоверные слабые отрицательные связи между длительностью пребывания в отделении и средним значениями эмпатических каналов: рациональным ( $r_0 = -0,146$ ;  $p \leq 0,05$ ), интуитивным ( $r_0 = -0,222$ ;  $p \leq 0,001$ ), идентификацией ( $r_0 = -0,154$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также с общим уровнем эмпатии ( $r_0 = -0,17$ ;  $p \leq 0,05$ ). Взаимосвязь между возрастом, длительностью заболевания и уровнем эмпатии и ее каналами не обнаружена.

Таким образом, с увеличением продолжительности госпитализации средний уровень эмпатии падает за счет снижения интуитивных способностей, интереса к другому человеку и возможности поставить себя на его место, т.е. врожденных и рано приобретаемых эмпатических способностей. Это может быть предметом дальнейшей коррекции в рамках реабилитации.

Предполагая взаимосвязь эмпатии и показателей качества жизни, мы сравнили показатели опросника качество жизни SF-36 пациентов с опиоидной наркоманией с разным уровнем эмпатии и получили достоверные различия по показателям «жизненная активность» (VT) и совокупному индексу физического компонента здоровья (PH). Пациенты с очень низким уровнем эмпатии (44 чел.) имели самый высокий средний показатель жизненной активности —  $50,11 \pm 2,17$  балла, который достоверно ( $p \leq 0,05$ ) снижался от группы к группе. Так, в группе пациентов с заниженной эмпатией (107 чел.) среднее значение показателя «жизненная активность» составило уже  $49,81 \pm 1,87$  балла, а в группе со средним уровнем эмпатии (32 чел.) —  $40,47 \pm 3,59$  балла. Совокупный индекс физического компонента здоровья был достоверно ( $p \leq 0,05$ ) выше в группе пациентов со

средним уровнем эмпатии, чем у пациентов с очень низким уровнем эмпатии —  $57,47 \pm 1,40$  и  $53,89 \pm 1,01$  балла соответственно. Подобное сравнение среди пациентов, страдающих алкоголизмом, достоверных результатов не выявило.

Таким образом, пациенты, имеющие средний уровень эмпатии достоверно физически более здоровы, нежели пациенты, имеющие очень низкий уровень эмпатии. Субъективное ощущение жизненной силы более выражено у пациентов с очень низким уровнем эмпатии и падает у пациентов с более высокими значениями эмпатии. Это может отражать большую осознанность своего состояния у пациентов за счет эмпатии и самоэмпатии.

#### *Эмпатические способности сотрудников наркологического стационара.*

Согласно исследованию Е.А. Козленко (2008) сотрудники психиатрического стационара в отношениях с больными шизофренией и алкоголизмом проявляют наименьший уровень эмпатии, а среди множества контекстуальных факторов, определивших неудовлетворенность существующей наркологической помощью у пациентов и их родственников И.В. Миндубаев (2007) называет низкую эмпатию у специалистов.

Мы изучили уровень эмпатии и выраженность ее каналов, и их связи с возрастом, опытом работы, уровнем образования у сотрудников наркологического стационара. Анализ 105 полностью заполненных опросников показал, что средний уровень эмпатии у сотрудников составил  $17,48 \pm 0,45$  балла, что в соответствии с данными автора методики, относится к заниженному уровню и значительно ниже, чем у специалистов курортных учреждений, имеющих преимущественно средний уровень эмпатии, по данным И.А. Терентьева (2007). Удельный вес сотрудников, имеющих очень низкий уровень эмпатии, составил 27,6% (29 чел.), заниженный — 52,4% (55 чел.), средний — 21% (20 чел.), очень высокий уровень эмпатии не диагностирован. Полученные результаты соответствуют данным Е.А. Козленко (2008), исследовавшей когнитивную и эмоциональную эмпатию у средних и младших сотрудников психиатрического стационара. С помощью таблицы сопряженности было показано отсутствие достоверных различий в выраженности уровня эмпатии и ее каналов в группах

специалистов разных отделений и разного профессионального статуса, что отличается от итогов исследования Е.А. Козленко, в котором обнаружены достоверные различия когнитивной эмпатии у высшего, среднего и младшего медицинского персонала.

При сравнении сотрудников с разным уровнем эмпатии (средний, заниженный, очень низкий) по продолжительности стажа работы в медицине и наркологии достоверных различий не получено. Однако с помощью корреляционного анализа Спирмена получены достоверные ( $p \leq 0,05$ ) отрицательные двусторонние связи между стажем работы в наркологии и уровнем эмпатии ( $r_0 = -0,257$ ), а также между стажем и установками, способствующими действию всех эмпатических каналов ( $r_0 = -0,253$ ), что не вполне согласуется с данными Е.А. Козленко, показавшей слабое влияние опыта работы на выраженность эмпатии и ее содержание у специалистов психиатрического стационара.

Возраст имеет достоверные слабые отрицательные корреляционные связи с уровнем эмпатии ( $r_0 = -0,244$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также ее каналами: рациональным ( $r_0 = -0,204$ ;  $p \leq 0,05$ ), эмпатическими установками ( $r_0 = -0,295$ ;  $p \leq 0,01$ ) и идентификацией ( $r_0 = -0,24$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Другими словами, чем дольше работает сотрудник в наркологическом стационаре, чем он старше, тем ниже его уровень эмпатии и меньше эмпатических установок, кроме того с возрастом редуцируется способность к идентификации с другим и интерес к другому человеку.

Структура эмпатии у персонала представлена следующим образом: наиболее выражены *установки, способствующие эмпатии* ( $3,31 \pm 0,14$  балла), на втором месте *проникающая способность* ( $3,20 \pm 0,12$  балла), определяющая атмосферу доверия. Третье место принадлежит *эмоциональному каналу* ( $2,95 \pm 0,14$  балла), близки к нему по значениям канал *идентификации* ( $2,86 \pm 0,14$  балла) и *интуитивный* канал эмпатии ( $2,84 \pm 0,16$  балла). Наименьшее значение имеет *рациональный канал эмпатии* ( $2,31 \pm 0,14$  балла).

Таким образом, сотрудники в эмпатическом контакте в большей степени опираются на приобретенные эмпатические способности: эмпатические установки и умения создавать атмосферу открытости и доверия, в наименьшей — на спонтанный интерес к другому человеку, более раннюю эмпатическую способность, имеющую в своей основе познавательную потребность. С возрастом уровень эмпатии падает, в основном за счет снижения спонтанного интереса, способности к идентификации и потери эмпатических установок. С продолжительностью стажа работы в наркологии уровень эмпатии снижается за счет потери приобретенных эмпатических способностей — установок, помогающих эмпатическому взаимодействию.

**Сравнение эмпатии и эмпатических способностей пациентов и сотрудников наркологического стационара.** Сравнение средних значений эмпатии и ее каналов в группах сотрудников и пациентов показано в таблице 11.

Таблица 11 — Средние значения эмпатии и ее каналов у пациентов и сотрудников наркологического стационара

Группы и их Численность	Показатели эмпатии и эмпатических каналов (M±m)						
	РК	ЭК	ИК	У	ПС	Ид	Э
Пациенты с опиоидной зависимостью (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 с алкогольной зависимостью (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 <sub>1-3</sub> < 0,001	p <sub>1-2</sub> □ 0,05	> 0,05	p <sub>1-3</sub> < 0,05	p <sub>1-3</sub> < 0,001	>0,05	> 0,05

Примечание: 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 имеют более выраженные способности создавать атмосферу доверия и открытости, 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 среди их эмпатических способностей. Данный навык значимо выше представлен у пациентов с опиоидной наркоманией, другой человек им интересен в большей степени, чем специалистам, и они в большей степени доверяют своей интуиции. Больные алкоголизмом в большей степени способны к эмоциональному сопереживанию, чем больные наркоманией. Средний уровень эмпатии у сотрудников и пациентов достоверно не различается и относится к заниженному уровню. Для наглядности материала представляем диаграмму 7.

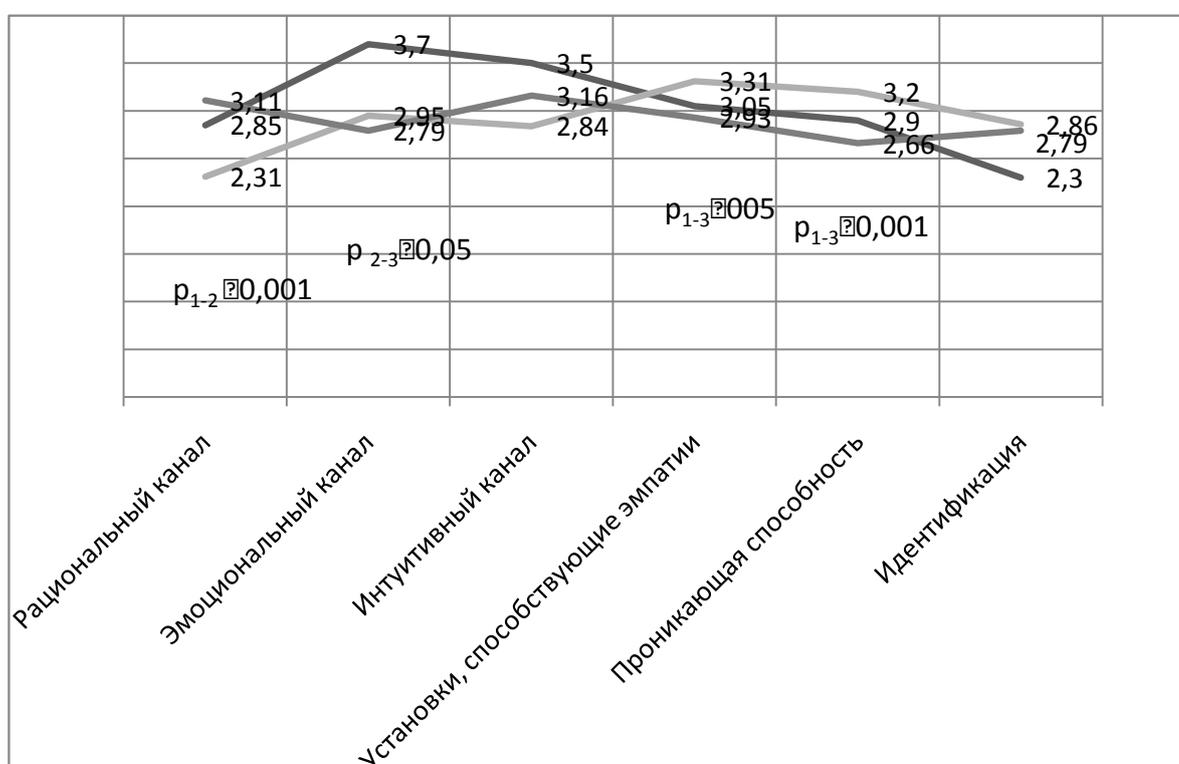


Диаграмма 7 — Структура эмпатии участников лечебной среды.

Проследив корреляции между эмпатическими каналами у специалистов и пациентов с опиоидной наркоманией, мы получили ряд положительных, преимущественно слабых корреляционных связей:

1. У сотрудников наибольшее количество положительных корреляций найдено между «установками, способствующими эмпатии» и «рациональным» каналом ( $r_0=0,282$ ;  $p \leq 0,01$ ), «проникающей способностью» ( $r_0=0,249$ ;  $p \leq 0,001$ ),

«идентификацией» ( $p_o = 0,211$ ;  $p \leq 0,05$ ), последняя, в свою очередь, положительно связана с «интуитивным» каналом ( $p_o = 0,318$ ;  $p \leq 0,001$ ).

2. У пациентов наибольшее количество положительных корреляций найдено между «идентификацией» и «интуитивным» каналом ( $p_o = 0,193$ ;  $p \leq 0,01$ ), «эмпатическими установками» ( $p_o = 0,270$ ;  $p \leq 0,001$ ), «рациональным» каналом ( $p_o = 0,174$ ;  $p \leq 0,05$ ), который, в свою очередь, имеет прямую взаимосвязь с «интуитивным» каналом ( $p_o = 0,181$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, для развития эмпатических способностей специалистов важно опираться на развитие эмпатических установок и идентификации, а в работе с пациентами развивать у них способность стать на место другого человека и увидеть мир его глазами.

Проделав подобный анализ в группах с разным уровнем эмпатии, мы получили набор преимущественно отрицательных связей, что позволило предположить наличие особенностей в структуре эмпатии разных уровней:

1. У сотрудников с очень низким уровнем эмпатии ведущими каналами являются «проникающая способность» и «эмоциональный канал», у пациентов — «интуитивный» и «эмоциональный» каналы. Наименее представлены у сотрудников «рациональный» и «интуитивный» каналы, а у пациентов — способность к идентификации и «проникающая способность». При этом интуитивный канал эмпатии у сотрудников отрицательно коррелирует с «установками» ( $p_o = -0,406$ ) и «проникающей способностью» ( $p_o = -0,397$ ),  $p \leq 0,05$ . У пациентов «эмоциональный» канал эмпатии отрицательно взаимосвязан с «проникающей способностью» ( $p_o = -0,365$ ;  $p \leq 0,01$ ), а «рациональный» канал с «установками» ( $p_o = -0,401$ ;  $p \leq 0,01$ ).

2. У сотрудников с заниженным уровнем эмпатии ведущими эмпатическими каналами являются «установки, способствующие эмпатии» и «проникающая способность», а у пациентов — «рациональный» и «интуитивный» каналы. Наименее представлены у специалистов «рациональный» канал и «идентификация», а у пациентов — эмоциональный канал и «проникающая способность». При этом у сотрудников интуитивный канал эмпатии отрицательно

коррелирует с «установками» ( $r_0 = -0,444$ ;  $p \leq 0,001$ ), а «эмоциональный» с «идентификацией» ( $r_0 = -0,363$ ;  $p \leq 0,01$ ). У пациентов «эмоциональный» канал эмпатии отрицательно связан с «установками» ( $r_0 = -0,215$ ;  $p \leq 0,01$ ) и «идентификацией» ( $r_0 = -0,530$ ;  $p \leq 0,001$ ), а «интуитивный» канал с «проникающей способностью» ( $r_0 = -0,222$ ;  $p \leq 0,05$ ) и «эмпатическими установками» ( $r_0 = -0,301$ ;  $p \leq 0,01$ ).

3. У сотрудников со средним уровнем эмпатии ведущими эмпатическими каналами являются «установки, способствующие эмпатии» и «интуитивный» каналы, а у пациентов — «интуитивный» и «эмоциональный». Наименее представлены у сотрудников «рациональный» канал и «проникающая способность», последний канал наименее представлен и у пациентов, кроме того пациенты наименее способны к «идентификации». При этом у персонала «рациональный канал» эмпатии отрицательно коррелирует с «интуитивным» каналом ( $r_0 = -0,540$ ;  $p \leq 0,01$ ) и «проникающей способностью» ( $r_0 = -0,589$ ;  $p \leq 0,01$ ), но положительно с «установками, способствующими эмпатии» ( $r_0 = 0,563$ ;  $p \leq 0,01$ ); «эмоциональный» канал имеет отрицательную двустороннюю взаимосвязь с «идентификацией» ( $r_0 = -0,587$ ;  $p \leq 0,01$ ) и «проникающей способностью» ( $r_0 = -0,447$ ;  $p \leq 0,05$ ), а «проникающая способность» отрицательно коррелирует с «эмпатическими установками» ( $r_0 = -0,458$ ;  $p \leq 0,001$ ). У пациентов «интуитивный» канал отрицательно коррелирует с «установками» ( $r_0 = -0,463$ ;  $p \leq 0,001$ ), «эмоциональный» — с «идентификацией» ( $r_0 = -0,580$ ;  $p \leq 0,001$ ), а «рациональный» канал с «проникающей способностью» ( $r_0 = -0,482$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Таким образом, снижение тех или иных эмпатических способностей компенсируется за счет других. Так сотрудники с очень низким уровнем эмпатии опираются на способность создавать доверительную атмосферу, компенсируя недостаток интуиции. Сотрудники с заниженным уровнем эмпатии опираются на установки, компенсируя снижение интуитивной способности, и на сопереживание, компенсируя недостаток способности к идентификации. Сотрудники, имеющие средний уровень эмпатии, опираясь на эмпатические

установки, компенсируют снижение способности создавать доверительную атмосферу, параллельно происходит нарастание наименее представленной способности — спонтанного интереса к Другому. Опора на интуицию компенсирует низкий интерес. Для сотрудников со средним уровнем эмпатии свойственны обратные корреляционные связи между идентификацией и сопереживанием, установками и проникающей способностью, интересом и проникающей способностью, все это может отражать динамический гибкий процесс эмпатии, свойственный ее оптимальному уровню.

Пациенты с очень низким уровнем эмпатии в основном опираются на интуицию, компенсируя недостаток эмпатических установок и способности создавать доверительную атмосферу сопереживанием и спонтанным интересом к Другому, а пациенты с заниженным уровнем эмпатии компенсируют тот же недостаток интуитивными способностями, при этом рост их эмпатических установок и идентификации компенсирует недостаток сопереживания. Пациенты со средним уровнем эмпатии компенсируют недостаток эмпатических установок, способности к идентификации и создавать доверительную среду опорой на интуицию, сопереживание и спонтанный интерес к Другому.

Можно отметить, что в своих эмпатических способностях пациенты в большей степени опираются на врожденные, а сотрудники на более поздно приобретенные эмпатические способности. Более активное использование врожденных и рано приобретенных эмпатических способностей свойственно сотрудникам со средним уровнем эмпатии. Пациентам свойственно в большей степени использовать рано приобретенную способность спонтанного интереса к Другому, в наименьшей степени способность стать на место другого и увидеть мир его глазами, у специалистов имеет место обратное наблюдение. Специалисты чаще используют сопереживание, а пациенты — интуицию.

**Заключение.** Установлена бедность эмпатического поля лечебной среды наркологического стационара: средний уровень эмпатии у ее участников занижен. Уровень и структура эмпатии не зависит от возраста пациента, и длительности заболевания, но пребывание в дефицитарном эмпатическом поле приводит к

редукции ранних эмпатических способностей: с продолжительностью госпитализации снижается общий уровень эмпатии за счет снижения интуиции, способности взглянуть на мир глазами другого человека и интереса к нему.

Сотрудники разных отделений и профессионального статуса имеют одинаковые эмпатические способности, но с возрастом происходит снижение уровня эмпатии за счет уменьшения спонтанного интереса к другому человеку, способности встать на его место и увидеть мир его глазами, редукции установок, способствующих действию всех эмпатических каналов. В дефицитарной эмпатической среде эмпатия сотрудников падает: с увеличением стажа работы в наркологии эмпатия снижается за счет редукции эмпатических установок. Развитие эмпатических способностей является важной задачей и может быть обеспечено путем тренингов для пациентов и супервизии для сотрудников.

## ГЛАВА 6. САНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

### 6.1. Эмпатические способности специалистов психиатрического профиля, их динамика и коррекция в ходе обучения в системе последипломного образования

Эмпатические способности специалиста — важный инструмент профессиональной деятельности в системе субъект-субъектных отношений, определяющие насыщенность эмпатического поля лечебной среды (Городнова М.Ю., 2013). Эмпатические способности, являясь динамической структурой, чутко реагируют на любой стрессовый фактор, в том числе и на профессиональный стресс, сопутствующий работе специалиста в системе оказания психиатрической помощи. Редукция субъект-субъектных отношений нередко сопровождает деятельность специалистов психиатрических отделений. Изучая уровень эмпатии у сотрудников психиатрического стационара, Е.А. Козленко (2008) обнаружила у них низкий уровень развития эмоциональной и когнитивной эмпатии, что значительно снижает участие медицинского персонала в формировании у пациентов психологической приверженности лечению.

Анализ 234 полностью заполненных опросников показал, что средний уровень эмпатии специалистов составил  $20,81 \pm 0,29$  балла, что, в соответствии с данными автора методики, относится к заниженному уровню и значимо ниже, чем у специалистов курортных учреждений, имеющих преимущественно средний уровень эмпатии по данным И.А. Терентьева (2007). При этом средний уровень эмпатии у мужчин и женщин, а также специалистов разных профессиональных групп достоверно не различается. Удельный вес специалистов, имеющих очень

низкий уровень эмпатии, составил 8,5% (20 чел.), заниженный — 44,9% (105 чел.), средний — 45,3% (106 чел.) и очень высокий уровень эмпатии диагностирован у 1,3% (3 чел.) специалистов (диаграмма 8).

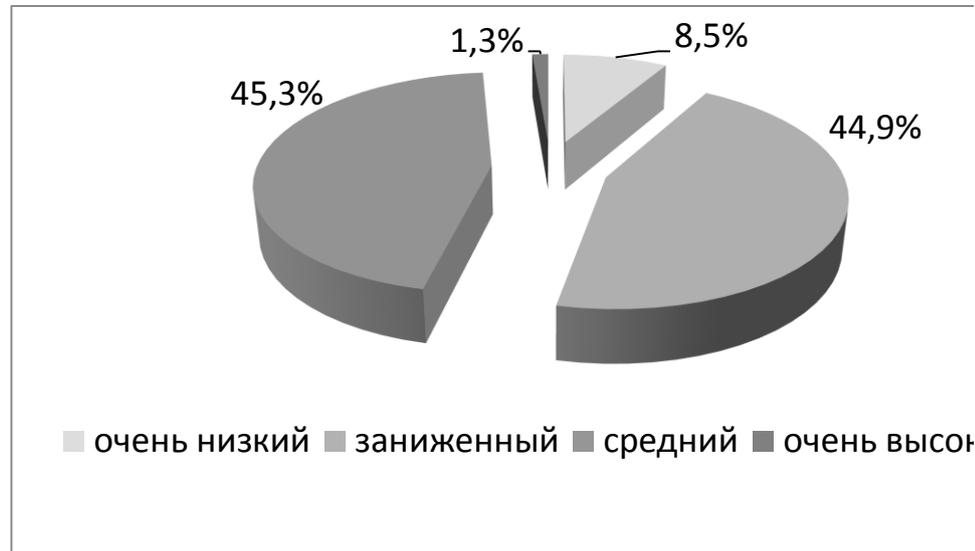


Диаграмма 8 — Удельный вес специалистов с разным уровнем эмпатии.

По нашему мнению, крайние уровни эмпатии (очень низкий и очень высокий) могут свидетельствовать об излишней дистанции или бесконтрольной вовлеченности во взаимоотношения с пациентом. Лишь средние уровни являются «принципиальным методом познания понимающей психологии» (Г. Этчегоен, 2003), то есть той эмпатией, о которой писал К. Роджерс.

Структура эмпатии специалистов представлена следующим образом: наиболее выражена *проникающая способность* ( $4,0 \pm 0,89$  балла), позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности и задушевности. Второе место принадлежит *идентификации* ( $3,73 \pm 0,10$  балла), являющейся непременным условием успешной эмпатии, определяющей умение понять другого на основе сопереживания, постановки себя на место партнера, способности взглянуть на мир его глазами. *Установки, способствующие эмпатии* и облегчающие действие всех эмпатических каналов, составили  $3,69 \pm 0,07$  балла из шести возможных. Наименее выражен *рациональный канал* эмпатии ( $3,08 \pm 0,09$  балла), который определяет спонтанный интерес к Другому, направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на другого человека. Незначительно

выше представлены *эмоциональный канал* ( $3,17 \pm 0,09$  балла), отражающий способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать, и *интуитивный канал* ( $3,15 \pm 0,11$  балла), обуславливающий способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании (диаграмма 9).

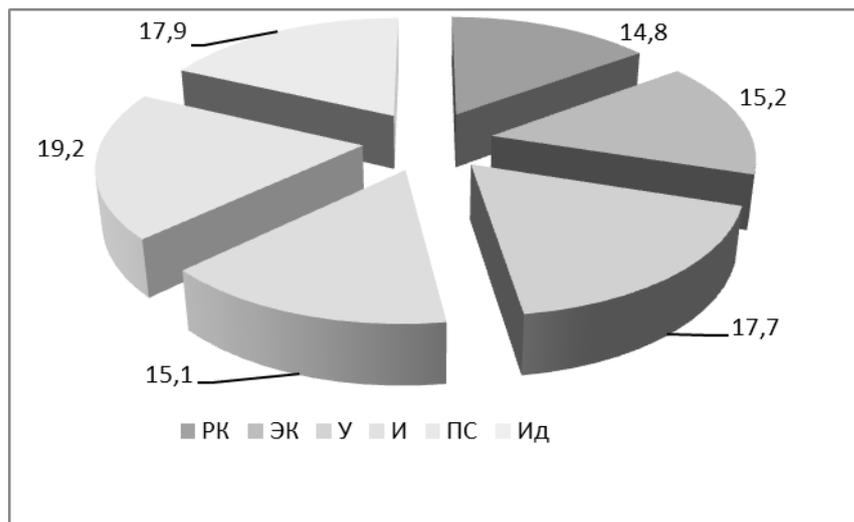


Диаграмма 9 — Структура эмпатии специалиста психиатрического профиля (%).

Примечание: ПК – рациональный канал, ЭК – эмоциональный канал, У – установки, способствующие эмпатии, И – интуитивный канал, ПС – проникающая способность, Ид – идентификация.

Можно сказать, что у «среднего» специалиста психиатрического профиля врожденные эмпатические способности наименее представлены, впрочем, как и рано приобретаемая способность проявлять интерес к миру и Другому как представителю этого мира, что может лежать в основе процесса утраты профессионального интереса и, как следствие, редукции эффективного профессионального взаимодействия.

Исследование структуры эмпатии в разных профессиональных группах (психиатры, наркологи, психотерапевты, клинические психологи, психологи, категория «другие», интерны/клинические ординаторы) проведено с помощью U-

критерия Манна — Уитни. Найдены достоверные различия только в выраженности *проникающей способности*. Так, наибольшая представленность этого канала имеет место у психологов ( $4,39 \pm 0,20$  балла) и психотерапевтов ( $4,02 \pm 0,16$  балла), наименьшая — у интернов/клинических ординаторов ( $3,0 \pm 0,47$  балла) и психиатров ( $3,45 \pm 0,20$  балла). Медицинские психологи ( $4,04 \pm 0,20$  балла) и представители категории «другие» ( $4,07 \pm 0,24$  балла) по средним значениям *проникающей способности* близки и достоверно не отличаются от группы психотерапевтов и психологов. Все эти четыре группы имеют достоверно более высокие значения *проникающей способности*, чем психиатры и обучающиеся молодые коллеги, на уровне значимости  $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ . Психиатры-наркологи имеют среднее значение *проникающей способности* без достоверных отличий от других групп специалистов ( $3,78 \pm 0,52$  балла).

**Исследование динамики эмпатии и ее каналов у слушателей в ходе обучения.** Предположив, что в ходе учебного процесса в результате теоретических и практических занятий, межличностного взаимодействия возможна динамика эмпатических способностей, мы провели анализ парных выборок (177 чел.), сравнив значения уровней и каналов эмпатии на входе и выходе учебного процесса. Были получены следующие значимые различия:

1. Средний уровень эмпатии всей выборки вырос и стал ближе к среднему уровню  $21,49 \pm 0,34$  балла ( $p < 0,01$ ), сравнение по Т-критерию Стьюдента.

2. Сравнение по критерию знаковых рангов Уилкоксона в полной связанной выборке показало увеличение представленности рационального ( $3,21 \pm 0,10$  против  $3,05 \pm 0,10$  балла,  $p < 0,05$ ), интуитивного ( $3,41 \pm 0,14$  против  $3,12 \pm 0,13$  балла,  $p < 0,01$ ) каналов и идентификации ( $3,99 \pm 0,12$  против  $3,72 \pm 0,129$  балла,  $p < 0,01$ ) в эмпатии, то есть врожденных и раноприобретенных эмпатических способностей.

3. У психиатров-наркологов (7 чел.) увеличилась представленность интуитивного канала (с  $2,71 \pm 0,92$  до  $3,57 \pm 0,84$  балла,  $p < 0,05$ ), у интернов/ординаторов — рационального канала эмпатии (с  $3,18 \pm 0,48$  до  $3,91 \pm 0,37$  балла,  $p < 0,01$ ), у медицинских психологов в целом увеличилось среднее значение

уровня эмпатии (с  $20,0 \pm 0,76$  до  $21,0 \pm 0,70$  балла,  $p < 0,05$ ) сравнение по Т-критерию.

Учитывая гендерные особенности проявления эмпатических способностей, мы сравнили динамику эмпатии и ее каналы отдельно у мужчин и женщин. Получена следующая динамика нарастания эмпатии по группам:

1. У специалистов-женщин (140 чел.) повысился уровень эмпатии с  $21,36 \pm 0,37$  до  $21,93 \pm 0,37$  балла, что при округлении позволяет диагностировать средний, а не заниженный уровень эмпатии ( $p < 0,05$ ). Увеличились значения интуитивного канала (с  $3,33 \pm 0,14$  до  $3,56 \pm 0,15$  балла,  $p < 0,05$ ) и идентификации в эмпатии ( $3,79 \pm 0,13$  до  $4,04 \pm 0,13$  балла,  $p < 0,05$ ).

2. У мужчин (39 чел.) также произошло значимое увеличение уровня эмпатии (с  $18,69 \pm 0,76$  до  $19,92 \pm 0,79$  балла,  $p < 0,001$ ), за счет значимого нарастания представленности рационального канала эмпатии (с  $2,72 \pm 0,23$  до  $3,08 \pm 0,24$ , балла  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в ходе учебного процесса в общей выборке произошло нарастание общего показателя эмпатии, достигшего среднего уровня у женщин. И, если нарастание эмпатических способностей у мужчин произошло за счет усиления спонтанного интереса к Другому, то у женщин — за счет усиления интуиции и способности идентифицироваться с пациентом.

Сравнив структуру эмпатии на входе у мужчин (49 чел.) и женщин (185 чел.), мы получили следующие значимые различия ( $p < 0,01$ ): у женщин более выражены эмоциональный ( $3,31 \pm 0,10$  против  $2,63 \pm 0,19$  балла) и интуитивный канал ( $3,30 \pm 0,12$  против  $2,61 \pm 0,25$  балла). При повторном исследовании на выходе из учебного процесса сохраняется достоверное различие ( $p < 0,05$ ) в выраженности интуитивного канала ( $3,56 \pm 0,14$  против  $2,94 \pm 0,26$  балла) и появляются достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокие значения проникающей способности у женщин ( $4,09 \pm 0,10$  против  $3,57 \pm 0,17$  балла), по сравнению с мужчинами. По способности сопереживать (эмоциональный канал) на выходе мужчины и женщины не различаются.

Таким образом, специалистам-женщинам более свойственно использование интуиции в работе с пациентом/клиентом, чем мужчинам, также они более часто демонстрируют способность к сопереживанию и способности создавать доверительную среду. Динамика структуры эмпатии и ее различия между группами может указывать на коррекцию эмоционального канала, чрезмерная выраженность которого лежит в основе эмоционального истощения. Женщины в ходе обучения несколько увеличили свою проникающую способность, тогда как у мужчин, наоборот, снизился показатель этого канала, что и определило значимые различия их средних значений. Нарастание интуитивных способностей, способности стать на место другого человека и проявить к нему интерес, рассматривается нами как важный позитивный результат учебного процесса, поддерживающий профессионализм помогающих специалистов.

*Исследование факторов учебного процесса, определяющих динамику эмпатических способностей слушателей.* М.Г. Бушкина (2008) доказала влияние образовательной среды ВУЗа на становление профессиональных компетенций психологов, и эмпатия, несомненно, является их важной составляющей. К факторам учебного процесса, имеющим возможное влияние на динамику эмпатии и ее каналов, мы отнесли: теоретические и практические знания, 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 следующие достоверные различия:

1. Специалисты, приобретшие опыт личной супервизии ( $n=54$ ), имеют более высокие значения интуитивного канала ( $3,94 \pm 0,22$  против  $3,23 \pm 0,15$  балла,  $p < 0,05$ ), проникающей способности ( $4,22 \pm 0,71$  против  $3,85 \pm 0,13$  балла,  $p < 0,05$ ) и общего значения эмпатии ( $21,49 \pm 0,31$  против  $20,9 \pm 0,37$  балла;  $p < 0,001$ ), чем их коллеги ( $n=154$ ), не имеющие данного опыта в обучении.

2. Специалисты, указавшие на опыт личностного роста ( $n=129$ ), имели достоверно более высокие значения установок, способствующих эмпатии ( $3,83 \pm 0,1$  против  $3,49 \pm 0,13$  балла;  $p \leq 0,05$ ), способности к идентификации ( $4,13 \pm 0,13$  против  $3,63 \pm 0,18$  балла;  $p < 0,05$ ) и общего уровня эмпатии ( $22,2 \pm 0,36$  против  $20,3 \pm 0,54$  балла;  $p \leq 0,01$ ) по сравнению с коллегами ( $n=79$ ), не получивших такой опыт.

3. Специалисты, указавшие на недостаток личностного роста ( $n=42$ ), имели значимо более низкие значения проникающей способности ( $3,57 \pm 0,22$  против  $4,06 \pm 0,08$  балла;  $p \leq 0,05$ ), чем их коллеги, удовлетворенные таким опытом ( $n=166$ ).

4. Специалисты, указавшие на недостаток приобретения теоретических знаний ( $n=26$ ), имели более низкие значения эмоционального канала эмпатии, чем их коллеги ( $n=182$ ), не указавшие данный параметр ( $2,38 \pm 0,24$  против  $3,44 \pm 0,12$  балла;  $p \leq 0,001$ ).

5. Специалисты, отметившие важность стиля преподавания ( $n=173$ ), имели более высокие значения рационального канала эмпатии ( $3,68 \pm 0,24$  против  $3,08 \pm 0,10$  балла;  $p \leq 0,05$ ), чем не отметившие этот параметр ( $n=25$ ).

Таким образом, можно сказать, что личная супервизия, участие в группах личностного роста способствуют росту эмпатии, при этом супервизия содействует развитию способности действовать в ситуации с недостатком информации и создавать доверительную среду, а личностный рост — способности идентифицироваться с пациентом и росту установок, способствующих действию всех эмпатических каналов. Слушатели, испытывающие недостаток теоретических знаний, обладают меньшей способностью вчувствоваться в переживания клиента и, возможно, рассматривают теорию как ресурс, позволяющий лучше понимать другого. Слушатели с дефицитом личностного роста менее способны создавать доверительную атмосферу в общении, а указавшие на важность стиля преподавания имеют больший спонтанный интерес к Другому.

**Эмпатические способности специалистов с разной профессиональной идентификацией.** Идентификация в профессии является важной составляющей эффективности в работе помогающего специалиста (Маргошина И.Ю., 2008). Из 209 специалистов, заполнивших анкету, 92 специалиста клинические психологи (n=50) и психотерапевты (n=54) следующим образом определились в своей профессиональной идентификации: 27 (29,3%) специалистов считают себя представителями интегративного направления, 25 (27,2%) — когнитивно-поведенческого, 17 (18,5%) — психодинамического направления, 14 (15,2%) — эклектического направления, 7 (7,6%) выбрали категорию «другое», 2 (2,2%) — феноменологического. Процент подсчитан среди идентифицировавших себя специалистов (n=92).

Мы сравнили показатели эмпатии и ее каналов среди специалистов, идентифицирующих себя как представителей разных направлений в психологии и психотерапии, и получили следующие значимые различия:

1. Представители психодинамического направления (n=17) и феноменологического направления (n=2) имеют достоверно более высокие значения рационального канала эмпатии по сравнению с представителями других направлений (n=205) ( $3,94 \pm 1,03$  и  $5 \pm 0,00$  против  $3,1 \pm 1,36$  балла;  $p \leq 0,05$ ).

2. Слушатели, идентифицирующие себя как представителей эклектического направления (n=14), имеют достоверно более низкие значения интуитивного канала эмпатии по сравнению с представителями других подходов (n=191) ( $2,36 \pm 1,74$  и  $3,44 \pm 1,8$  балла;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, представители феноменологического и психодинамического направлений в психологии и психотерапии обладают большим спонтанным интересом к Другому, а эклектического направления — меньшими интуитивными способностями.

**Заключение.** Специалисты психиатрического профиля имеют преимущественно заниженный и средний уровень эмпатии, в ходе обучения происходит ее нарастание. Специалисты-мужчины приобретают эмпатические способности за счет развития спонтанного интереса к пациенту, как субъекту

диадных отношений, а специалисты-женщины — за счет нарастания интуиции и идентификации с пациентом, что при чрезмерном использовании может служить базисом для развития синдрома эмоционального выгорания. Наибольшая способность создавать атмосферу доверительности, открытости и задушевности свойственна психотерапевтам и психологам, для эффективной профессиональной деятельности которых необходимым условием являются субъект-субъектные отношения в лечебной среде. Эмпатические способности являются динамической структурой и изменяются в результате действия факторов обучающей среды. Участие в группах личностного роста и опыт личной супервизии позволяют корректировать уровень эмпатии, развивая способность к идентификации и установки в первом случае, проникающую способность и интуицию во втором. Теоретические знания как ресурс в установлении контакта рассматривается специалистами, имеющими более низкие значения эмпатического канала, важность стиля в преподавании отмечают специалисты с более высоким спонтанным интересом к Другому. Учет теории параллельных процессов, позволяет использовать стиль взаимодействия в обучающей среде преподаватель-слушатель для развития рационального канала эмпатии. Представители феноменологического и психодинамического направлений в психотерапии и психологии имеют наибольшие способности интересоваться Другим в силу его бытия. Специалисты эклектического направления имеют меньшие способности входить в эмоциональный резонанс с окружающими.

## **6.2. Исследование актуального психического состояния слушателей**

Опираясь на выявленные исследователями связи между синдромом эмоционального выгорания и личностными параметрами, такими как: тревожность, фрустрированность, подозрительность, агрессивность, личностная тревога, выраженность черт по эмотивному и ригидному типам, депрессивность

(Рыбина О.В., 2005; Маргошина И.Ю., 2008; Золотухина Л.В. 2011; Смирнова О.Ю., Худяков А.В., 2011), мы исследовали актуальное психическое состояние слушателей и его динамику в процессе обучения.

По методике «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка «средний» специалист ( $n=236$ ) имеет низкие значения тревоги, фрустрации, агрессивности и ригидности, средние значения его показателей на входе:  $7,2\pm 0,21$ ;  $5,8\pm 0,18$ ;  $7,3\pm 0,20$ ;  $7,4\pm 0,20$  балла соответственно, что отражает отсутствие тревоги, высокую самооценку, устойчивость к трудностям, выдержанность, легкую переключаемость. Сравнение средних показателей опросника на входе и выходе учебного процесса с помощью критерия знаковых рангов Уилкоксона показало достоверное нарастание агрессивности с  $7,3\pm 0,19$  до  $7,6\pm 0,21$  балла,  $p<0,05$ , однако среднее значение остается в пределах низких величин, свидетельствующих о выдержанности и спокойствии. Данное наблюдение может свидетельствовать о некотором избытке или недостатке ресурсов у специалиста в преодолении актуальных трудностей.

Мы ранжировали показатели респондентов по уровням тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности и сравнили данные в динамике, достоверных различий обнаружено не было. Преобладающее число респондентов имели низкий и средний уровень тревоги, фрустрации, агрессивности и ригидности. Высокие уровни этих показателей свойственны менее чем 2% респондентов. Данные наблюдения представлены в таблице 12.

Таблица 12 — Удельный вес специалистов с разным уровнем тревоги, фрустрации, агрессивности и ригидности на входе и выходе из учебного процесса

Показатель	Уровень	Вход ( $n=236$ ) (%)	Выход ( $n=212$ ) (%)
Тревога	низкий	127 (53,8)	118 (55,7)
	средний	106 (44,9)	91 (33,7)
	высокий	3 (1,3)	3 (1,4)
Фрустрация	низкий	179 (75,8)	155 (73,1)
	средний	56 (23,7)	57 (26,9)
	высокий	1 (0,4)	0
Агрессивность	низкий	128 (54,2)	105 (49,5)
	средний	107 (45,3)	106 (50,0)
	Высокий	0	1 (0,4)
Ригидность	Низкий	132 (55,9%)	116 (54,7)

	Средний	100 (42,4%)	92 (43,4)
	Высокий	4 (1,7%)	4 (1,9)

Для оценки функционального состояния слушателей и его изменения под влиянием различных воздействий в естественных условиях, в нашем случае — учеба, использован тест дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б., 1973). Показателем функционального состояния является субъективная характеристика самочувствия, активности, настроения. При анализе функционального состояния мы обращали внимание на соотношение показателей, так как при утомлении происходит относительное снижение самочувствия и активности по сравнению с настроением. Оценки более 4 баллов свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже о противоположном. По литературным данным, средние оценки по отечественным выборкам составляют 5–5,5 баллов.

По методике САН ( $n=203$ ) у слушателей среднее значение самочувствия —  $5,28 \pm 0,07$  балла, активности —  $5,18 \pm 0,06$  балла, настроения —  $5,48 \pm 0,06$  балла, интегративный показатель —  $5,31 \pm 0,06$  балла. Соотношение всех показателей одинаково, что указывает на отсутствие утомления. 22 (10,8%) специалиста изначально имели значения самочувствия ниже 4 баллов, 19 (9,4%) по показателю активности и 14 (6,7%) — по показателю настроения. Общий показатель ниже 4 баллов имели 13 (6,4%) слушателей. На выходе ( $n=206$ ) ниже 4 баллов имели 26 (12,6%) специалистов по показателю самочувствие, 22 (10,8%) — по активности, 10 (4,9%) — по настроению и 15 (7,3%) специалистов — общий показатель. Отмечена тенденция к нарастанию числа специалистов, имеющих признаки снижения самочувствия, активности и настроения, однако сравнение связанных выборок по критерию знаковых рангов Уилкоксона значимых различий данных показателей в начале и в конце обучения не выявило. Сравнив показатели двух опросников в группах, разделенных по возрасту, полу, специальности, достоверных различий мы также не обнаружили.

**Заключение.** Актуальное психическое состояние слушателей удовлетворительное. В ходе обучения отмечается тенденция к снижению самочувствия, активности и настроения у ряда специалистов, не достигающая уровня достоверности по группе в целом, но достоверно нарастает агрессивность, что может отражать реакцию усталости тех слушателей, кто совмещал обучение и работу.

### **6.3. Исследование профессиональных качеств психотерапевта**

Опросник «Психологический портрет психотерапевта» был разработан в 1993 г. Э.Г. Эйдемиллером, Н.Л. Васильевой и Н.В. Александровой для оценки профессионального соответствия психотерапевта и эффективности процесса обучения. В исследовании приняли участие 235 слушателей, в начале и конце обучения заполнили методику 235 и 206 человек соответственно. Были созданы 7 групп в соответствии со специальностью: группа 1 — психиатры (n=38); группа 2 — психотерапевты (n=61); группа 3 — наркологи (n=9); группа 4 — клинические психологи (n=57); группа 5 — психологи (n=31); группа 6 — категория «другие» (n=38); группа 7 — клинические ординаторы (n=11).

Проведенное нами сравнение парных выборок с помощью Т-критерия выявило достоверное уменьшение показателя шкалы «Я как профессионал» только в группе психиатров ( $p \leq 0,01$ ), а в группе «другие» увеличились показатели шкалы «Я как личность» ( $p \leq 0,05$ ), что может свидетельствовать о лучшем осознании психиатрами неиспользованных психотерапевтических возможностей в контакте с пациентами, а специалисты категории «другие» приобрели навыки опоры на личностные характеристики и ресурсы в работе с пациентом. Сравнение групп специалистов по показателям опросника выявило следующие достоверные различия:

1. Психиатры имеют достоверно ( $p \leq 0,01$ ) более низкие начальные значения шкалы «Взаимодействие с клиентом», чем специалисты всех других групп, исключая клинических ординаторов и наркологов.

2. Психотерапевты имели достоверно ( $p \leq 0,05$ ) более высокие начальные значения шкалы «Взаимодействие с клиентом», чем наркологи и клинические ординаторы.

3. Клинические психологи имели достоверно ( $p \leq 0,05$ ) более высокие значения шкалы «Взаимодействие с клиентом», чем наркологи.

По завершении обучения психиатры имеют достоверно более низкие значения по шкале «Я как профессионал», чем психотерапевты ( $p \leq 0,001$ ) и клинические психологи ( $p \leq 0,05$ ) (таблица 13).

Таблица 13 — Средние значения шкал и общий показатель опросника «Психологический портрет психотерапевта» в группах специалистов в начале и в конце обучения ( $M \pm m$ )

Группа N	Шкалы исследование 1 ( $M \pm m$ )				Шкалы исследование 2 ( $M \pm m$ )			
	1	2	3	ОП	1	2	3	ОП
1 $n_1=38$ $n_2=34$	13,68 ± 0,56	19,71 ± 0,68	4,61 ± 0,35	38,0 ± 1,15	13,59 ± 0,59	18,68 ± 0,67	6,12 ± 0,32	38,38 ± 1,21
2 $n_1=61$ $n_2=53$	13,7 ± 0,38	20,8 ± 0,52	6,67 ± 0,3	41,18 ± 0,81	13,53 ± 0,37	20,91 ± 0,4	6,79 ± 0,28	41,23 ± 0,66
3 $n_1=9$ $n_2=9$	12,78 ± 1,57	18,78 ± 1,92	5,11 ± 0,82	36,67 ± 3,24	14,22 ± 0,83	22,44 ± 0,87	6,89 ± 0,54	43,56 ± 1,69
4 $n_1=57$ $n_2=49$	12,44 ± 0,45	20,32 ± 0,6	6,81 ± 0,29	39,56 ± 0,91	12,88 ± 0,57	20,29 ± 0,64	6,41 ± 0,25	39,57 ± 0,99
5 $n_1=31$ $n_2=31$	13,45 ± 0,62	21,1 ± 0,52	6,1 ± 0,38	40,65 ± 0,95	13,77 ± 0,75	20,06 ± 0,68	6,68 ± 0,34	40,52 ± 1,17
6 $n_1=28$ $n_2=21$	12,18 ± 0,63	20,0 ± 0,7	6,11 ± 0,44	38,29 ± 1,19	13,43 ± 0,58	20,33 ± 0,71	6,95 ± 0,46	40,71 ± 1,18
7 $n_1=11$ $n_2=9$	14,0 ± 0,76	20,45 ± 1,3	6,0 ± 0,6	40,45 ± 1,96	13,56 ± 1,45	20,0 ± 1,51	5,33 ± 0,47	38,89 ± 2,51
Итого $n_1=235$ $n_2=206$	13,16 ± 0,22	20,36 ± 0,27	6,14 ± 0,15	39,65 ± 0,43	13,44 ± 0,24	20,23 ± 0,26	6,53 ± 0,13	40,2 ± 0,43

Примечание: 1 – «Я как личность», 2 – «Я как профессионал», 3 – «Взаимодействие с клиентом», ОП – общий показатель

**Заключение.** Психиатры имеют наиболее низкие значения шкалы «Взаимодействие с клиентом», что отражает их способности к установлению терапевтических отношений. В ходе обучения происходит коррекция данных способностей, средние значения показателя достигает уровня значений других специалистов. Снижение показателя «Я как профессионал» в группе психиатров

свидетельствует о большей осознанности в плане неиспользованных ресурсов в контакте с пациентом. Наибольшими способностями к установлению контакта с пациентом обладают психотерапевты и клинические психологи, значимо превышая такие навыки у психиатров-наркологов. Специалисты категории другие в ходе обучения приобрели большую опору на себя в работе с пациентами, что не наблюдалось в других группах. Специалисты всех групп, как на входе, так и на выходе достоверно не различаются по общему показателю опросника. Таким образом, в ходе обучения в большей степени происходит коррекция навыков установления контакта с пациентом и его близкими. Профессиональные навыки и личностные ресурсы в работе с пациентом остаются на прежнем уровне.

#### **6.4. Синдром эмоционального выгорания специалистов психиатрического профиля его динамика и коррекция в ходе обучения в системе последипломного образования**

СЭВ мы рассматриваем как индикатор лечебной среды и как процесс. Проявления данного синдрома, прежде всего его составляющей деперсонализации, проявляются во взаимодействии с пациентами, клиентами, коллегами и создают препятствие для встречи с Другим, определяющей дифференцировку потребности и связанного с ней действия или бездействия в ситуации лечебной среды. Учитывая большой разброс в возрасте и стаже респондентов, что имеет особенности в интерпретации конкретных значений шкал, мы провели исследование СЭВ в четыре этапа.

На первом этапе мы разделили всех респондентов на четыре группы по возрастному критерию (согласно предложенному авторами методики). 1 группа (82 чел.): 20–30 лет, 2 (74 чел.): 30–40 лет, 3 (57 чел.) 40–50 лет и 4 (16) старше 50 лет. Средние значения интегрального показателя всех групп свидетельствует о средней степени СЭВ. Используя непараметрический Н-критерий Краскела —

Уоллиса, достоверных различий по субшкалам эмоционального выгорания и интегральному показателю у представителей разных возрастных групп не найдено. На уровне тенденции можно отметить, что представители «возрастной группы» имеют более выраженные средние показатели по шкале эмоциональное истощение, деперсонализации и редукции профессиональных достижений (обратная шкала профессиональной успешности) (таблица 14).

Таблица 14 — Показатели синдрома эмоционального выгорания в различных возрастных группах ( $M \pm m$ )

Группа	Интегральный показатель	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная успешность
1 (n=82)	5,6±0,22	17,7±0,78	7,6±0,52	35,2±0,59
2 (n=75)	5,3±0,21	18,0±0,92	7,3±0,46	35,6±0,56
3 (n=56)	5,4±0,27	17,4±1,09	6,9±0,62	35,5±0,67
4 (n=16)	6,4±0,66	19,5±2,25	8,6±1,43	32,0±1,58
Итог (n=229)	5,5±0,13	17,9±0,51	7,4±0,30	35,2±0,34

Наше наблюдение согласуется с распространенным мнением, что симптомы выгорания при работе в условиях хронического стресса нарастают параллельно возрасту (Водопьянова Н.Е., 2009; Rzeszutek, M., 2013).

На втором этапе мы решили сравнить интегральный показатель и показатели субшкал СЭВ у представителей с разным стажем профессиональной деятельности. Для этого были созданы 4 группы в соответствии с коридорами, предложенными авторами методики (таблица 15).

Таблица 15 — Показатели выгорания в зависимости от стажа работы ( $M \pm m$ )

Стаж n	Интегральный показатель	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная успешность
0–3 года n=95	5,4±0,20	17,2±0,74	6,9±0,45	34,8±0,59 $p_{1-4} < 0,05$
4–10 n=78	5,5±0,23	19,2±0,99	7,5±0,57	35,5±0,49 $p_{1-4} < 0,01$
10–20 n=48	5,2±0,23	16,9±0,93	7,4±0,57	36,8±0,62 $p_{1-4} < 0,01$
>20 n=10	7,0±0,97	19,8±3,12	9,4±1,99	30,3±2,11

Итог; n= 231	5,5±0,13	17,9±0,51	7,3±0,30	35,3±0,34
--------------	----------	-----------	----------	-----------

Получены достоверные различия по критерию Манна — Уитни по шкале «профессиональные достижения»: специалисты, имеющие стаж работы более 20 лет достоверно отличаются от всех других специалистов по выраженности редукции профессиональных достижений. Это согласуется с данными авторов методики, связывающих данный феномен со снижением самооценки значимости реально достигнутых результатов и продуктивности из-за изменения отношения к работе. Средние значения интегрального показателя позволяют диагностировать высокую степень СЭВ у специалистов с длительным стажем работы. Специалисты первых трех групп, имеющих стаж работы до 20 лет, достоверных различий по выраженности СЭВ не имеют, что отличается от данных В.Л. Малыгина и соавт. (2001), указывающих на высокий риск формирования СЭВ у специалистов в первые 10 лет работы

Третий этап исследования посвящен изучению СЭВ с учетом гендерных различий. По данным О.В. Рыбиной (2005), распространенность СЭВ у специалистов-женщин в 1,5 раза выше. Учитывая гендерные нормы для диагностики шкал СЭВ, мы проследили структуру данного синдрома отдельно у мужчин и женщин. Сравнив показатели СЭВ у мужчин и женщин с помощью критерия Манна — Уитни, достоверных различий мы не обнаружили (таблица 16).

Таблица 16 — Показатели синдрома эмоционального выгорания у мужчин и женщин (M±m)

Группы (n)	Интегральный показатель	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная успешность
Мужчины (n=50)	5,52±2,15	17,88±9,08	8,33±5,48	35,82±5,56
Женщины (n=185)	5,48±1,96	17,84±7,29	7,11±4,20	35,03±5,07
Итог (n=235)	5,49±1,99	17,85±7,68	7,37±4,52	35,2±5,18

На уровне тенденции мужчины имеют большее среднее значение по субшкале деперсонализация. Сравнивая полученные средние значения с тестовыми нормами методики, можно диагностировать средний уровень

показателей выгорания по всем шкалам и среднюю степень эмоционального выгорания у «среднего» специалиста. Опираясь на гендерные тестовые нормы, мы решили проследить удельный вес специалистов с разным уровнем субшкал СЭВ отдельно у мужчин и женщин. В структуре СЭВ удельный вес по уровням выгорания отдельных субшкал среди специалистов распределился следующим образом.

1. Эмоциональное истощение (ЭИ) низкого уровня диагностировано у 77 (41,6%) специалистов-женщин, среднего уровня — 81 (43,8%), высокого уровня — 26 (14,1%), очень высокого уровня — 1 (0,5%). У специалистов-мужчин низкий уровень эмоционального истощения представлен в 20 (40,0%) случаях, средний — 18 (36,0%), высокий — 10 (20,0%), очень высокий в 2 (4,0 %) наблюдениях.

2. Деперсонализация (Д) низкого уровня у специалистов-женщин диагностирована в 53 (28,6%) случаях, среднего уровня — в 98 (53%), высокого уровня — 15 (8,1%), очень высокого — у 19 (10,3%). Мужчины имеют низкий уровень деперсонализации в 12 (24%) случаях, средний — в 30 (60%), высокий и очень высокий — в 3 (6%) и 5 (10%) соответственно.

3. Редукция профессиональных достижений (РПД) низкого уровня представлена у 87 (47%) женщин специалистов, среднего уровня у 85 (45,9%), высокого и очень высокого в 10 (5,4%) и 3(1,6%) наблюдениях. У мужчин низкий уровень выявлен у 31(62%) специалиста, средний — 16 (32,0%), высокий — 2(4,0%), очень высокий —1(2,0%).

Таким образом, как у специалистов мужчин, так и у женщин наибольшая выраженность синдрома эмоционального выгорания представлена за счет увеличения степени деперсонализации, наименьшая за счет степени редукции профессиональных достижений. Данный факт отражает существующие особенности отношения в диаде специалист — пациент, в которой последний начинает рассматриваться в качестве объекта, происходит преобразование субъект-субъектных отношений в субъект-объектные.

Полученные нами данные соответствуют данным О.А. Кузнецовой (2012), которая показала, что для врачей анестезиологов-реаниматологов также характерно развитие синдрома выгорания с преобладанием деперсонализации в его структуре. В отличие от результатов, полученных нами, развитие синдрома выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов имеет динамику, связанную со стажем работы в профессии, что проявляется в особенностях структуры синдрома выгорания у специалистов со стажем до 13 лет (ведущим симптомом является деперсонализация) и более 13 лет (усиливается влияние эмоционального истощения). Автор показала, что в процессе развития синдрома выгорания происходит трансформация личностного смысла профессии, выражающаяся в изменении субъективных представлений о профессиональной деятельности, профессиональных потребностей, в дальнейшем приводит к изменению структуры профессиональной и организационной приверженности и способствует снижению удовлетворенности работой и эффективности труда.

На четвертом этапе исследования, не найдя достоверных различий по возрасту и полу, мы решили проследить распространенность СЭВ на всей выборке. Удельный вес по интегративной характеристике СЭВ среди слушателей распределился следующим образом: низкая степень диагностирована у 78 респондентов (33,2%), средняя степень — у 103 (43,8%), высокая степень — у 43 (18,3%), очень высокая степень у 11 человек (4,7%). Таким образом, не имеют СЭВ лишь 33,2% специалистов, работающих в области психического здоровья, а 23% имеют высокую и очень высокую степень выраженности этого синдрома.

При сравнении групп слушателей разных специальностей, достоверных различий в выраженности СЭВ и его шкал не обнаружено. Однако следует отметить, что наибольшее среднее значение по шкале деперсонализация имеют врачи психиатры-наркологи ( $10,8 \pm 2,12$  балла), наименьшее — клинические ординаторы ( $7,5 \pm 0,91$  балла).

Мы решили сравнить наши результаты с данными Т.В. Решетовой и коллег (2012), полученными в то же время на выборке специалистов, обучающихся на циклах повышения квалификации того же вуза. Анализ показал, что специалисты

психиатрического профиля имеют несколько более высокие значения по шкале эмоциональное истощение (средняя степень), чем врачи и медицинские сестры, работающие с иной группой пациентов (низкая степень), но значительно, в 1,5–1,8 раза, более низкие значения по шкале деперсонализация. Редукция личных достижений более выражена среди врачей непсихиатрического профиля, средние значения которых, согласно нормативам методики, отнесено к высокой степени, тогда как среднее значение этого показателя в нашем исследовании диагностирует средний уровень редукции личных достижений. Это может отражать факт специальной подготовки психиатров, психотерапевтов и психологов, ориентированных во время получения образования и последипломного обучения на выстраивание с пациентом горизонтальных межличностных отношений. Потеря данного профессионального навыка в результате нарастания деперсонализации снижает эффективность работы.

Факт наибольшей выраженности синдрома эмоционального выгорания у наших респондентов за счет увеличения степени деперсонализации, а наименьшей — за счет степени редукции профессиональных достижений позволил нам сделать предположение, что специалисты психиатрического профиля в ситуации хронического профессионального стресса, в первую очередь «откликаются» дистанцированием и формализацией отношений с пациентом. Параллельно происходит рост эмоционального истощения и, в конечном итоге, падает оценка профессиональной успешности.

Сравнение средних значений субшкал СЭВ в группах с разной степенью синдрома эмоционального выгорания: низкая (n=64), средняя (n=95), высокая (n=48) и очень высокая (n=6), показало значимое нарастание всех субшкал в группах от низкой до высокой степени СЭВ. В группе с очень высокой степенью СЭВ произошло достоверное нарастание только деперсонализации (11,94±0,59 до 16±0,76 балла;  $p \leq 0,05$ ), а средние значения ЭИ и РПД близки к средним значениям группы с высокой степенью СЭВ. Это вновь подтверждает ведущее значение роста деперсонализации в развитии СЭВ у специалистов психиатрического профиля.

Таким образом, преобладающее число специалистов, работающих с пациентами психиатрического профиля, имеют синдром эмоционального выгорания различной степени выраженности. Специалисты разного возраста и специальностей достоверно не отличаются по выраженности шкал и интегрального показателя СЭВ, однако, специалистам, имеющим стаж более 20-ти лет свойственна большая редукция профессиональных достижений, что согласуется с литературными данными. Специалистам психиатрического профиля, обучающимся в системе последипломного образования с выраженным СЭВ, в большей степени свойственна деперсонализация, что является неоспоримым препятствием для установления эффективного контакта в межличностном взаимодействии специалист-пациент. Развитие СЭВ имеет определенную динамику с преобладанием соответствующих субшкал: рост деперсонализации, рост эмоционального истощения, редукция профессиональных достижений.

Полученные результаты указывали на необходимость изучения возможности коррекции СЭВ в условиях обучающей среды в рамках регулярного последипломного обучения специалистов на циклах общего и тематического усовершенствования.

*Исследование динамики синдрома эмоционального выгорания у слушателей в ходе обучения.* По мнению Р. Hawkins (1986) апатия и потеря интереса сопутствуют работникам, которые в середине карьеры перестают учиться и развиваться. Профилактика выгорания, с точки зрения того же автора должна включать в себя создание обучающей среды, действующей в период всей работы (Ховкинс П., Шохет Р., 2002). Опираясь на это представление, мы рассматриваем обучение специалистов на циклах тематического и общего усовершенствования как нахождение в обучающей среде, имеющей и стрессогенный, и саногенный эффект, что может быть ресурсом профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Мы исследовали динамику синдрома эмоционального выгорания с учетом его гендерных особенностей. У 185 слушательниц в начале обучения средние

значения уровней показателей выгорания составили 6 баллов, что относится к средней степени выраженности синдрома, при этом эмоциональное истощение —  $17,8 \pm 0,54$  (средний уровень — 2 балла), деперсонализация —  $7,1 \pm 0,31$  (средняя степень — 2 балла), профессиональная успешность —  $35,0 \pm 0,19$  (средняя степень — 2 балла). У 50 слушателей-мужчин выраженность синдрома эмоционального выгорания в начале обучения составила 5 баллов, что характеризует среднюю степень синдрома, при этом эмоциональное истощение составило  $17,9 \pm 1,28$  (средняя степень — 2 балла), деперсонализация —  $8,3 \pm 0,75$  (средняя степень — 2 балла), профессиональная успешность —  $35,8 \pm 0,79$  (низкая степень — 1 балл).

Удельный вес по интегральной характеристике СЭВ на начало обучения у всех слушателей распределился следующим образом: низкая степень диагностирована у 78 респондентов (33,2%), средняя — у 103 (43,8%), высокая — у 43 (18,3%), очень высокая — у 11 человек (4,7%). В конце обучения картина распределения степени выраженности синдрома практически идентична: низкая степень — 64 (30%), средняя — 95 (44,6%), высокая — у 48 (22,5%), очень высокая степень — у 6 (2,8%).

Проследив в ходе обучения динамику выраженности синдрома эмоционального выгорания у 140 специалистов-женщин, отмечено значимое нарастание деперсонализации по критерию Уилкоксона с  $7,0 \pm 0,37$  до  $7,8 \pm 0,34$  балла ( $p < 0,01$ ), у специалистов-мужчин значимой динамики не обнаружено. Выявлено значимое нарастание деперсонализации по Т-критерию в группе психиатров ( $n=28$ ) с  $8,8 \pm 0,92$  до  $9,9 \pm 0,90$  балла,  $p < 0,05$ , у других специалистов значимых различий не найдено.

Обнаружив достоверное нарастание деперсонализации в группе слушательниц и в группе психиатров, мы решили проследить динамику удельного веса специалистов с различными значениями шкал при разной степени СЭВ:

1. Как у мужчин, так и у женщин к завершению обучения нарастает доля высоких и очень высоких значений субшкалы деперсонализации (с 18,4 % до 25,5% у женщин и с 16% до 22,9% у мужчин). У женщин в 1,5 раз снижается доля

лиц, имеющих низкую степень деперсонализации, и происходит сдвиг от крайних степеней к средним и высоким.

2. У мужчин в 1,4 раза происходит снижение удельного веса высокого и очень высокого уровня субшкалы эмоциональное истощение (с 24% до 16,7%) и увеличивается доля ЭИ средней степени.

3. По шкале редукция профессиональных достижений у мужчин сохраняется тенденция к снижению (с 6% до 4,2%), а у женщин происходит нарастание удельного веса высокого и очень высокого уровня (с 7% до 7,9%) Можно предположить, что коррекция эмоционального истощения у мужчин происходит за счет увеличения деперсонализации, восприятия пациента как объекта воздействия со стороны специалиста, что демонстрирует «обратное» развитие синдрома (таблица 17).

Таблица 17 — Удельный вес специалистов с разной степенью СЭВ и значениями его шкал, в начале (I) и по завершению (II) обучения

Степень СЭВ	Эмоциональное истощение (%)				Деперсонализация (%)				Редукция профессиональных достижений (%)			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины		Мужчины	
	I n	II n	I n	II n	I n	II n	I n	II n	I n	II n	I n	II n
	185	165	50	48	185	165	50	48	185	165	50	48
1	41,6	41,8	40	39,6	28,6	18,8	24	18,8	47	51,5	62	60,4
2	43,8	43	36	43,8	53	55,8	60	58,3	45,9	40,6	32	35,4
3	14,1	14,5	20	14,6	8,1	17	6	10,4	5,4	7,3	4	0
4	0,5	0,6	4	2,1	10,3	8,5	10	12,5	1,6	0,6	2	4,2

Исследование динамики СЭВ в группе специалистов-женщин (n=20) с высокими значениями ЭИ с помощью критерия парных выборок, отмечена значимая ( $p<0,05$ ) положительная динамика: средние значения ЭИ снизились с  $30,1\pm 0,90$  до  $26,2\pm 1,19$  балла в конце обучения. Среди мужчин-слушателей (n=9), имеющих высокую степень эмоционального истощения в начале обучения, также отмечена значимая положительная динамика данного показателя ( $p<0,01$ ): снижение среднего значения ЭИ с  $29,1\pm 1,16$  до  $22,2\pm 2,72$  балла. Отмечено

значимое ( $p < 0,01$ ) снижение деперсонализации в группе слушательниц ( $n=25$ ), имеющих изначально высокое и очень высокое ее значение, с  $14,1 \pm 0,56$  до  $11,6 \pm 0,80$  балла. У мужчин подобная значимая динамика не отмечена. По РПД значимых различий не найдено. Данные наблюдения могут быть расценены как результат учебного процесса.

Таким образом, несмотря на достоверное увеличение среднего значения деперсонализации у слушателей в ходе обучения, слушатели с первоначально высокими и очень высокими значениями СЭВ имели достоверно более низкие его значения по завершению обучения по шкалам деперсонализации (женщины) и эмоциональное истощение (мужчины и женщины). Корректирующий эффект учебного процесса проявляется у специалистов с изначально высокими значениями шкал СЭВ.

***Корреляционный анализ шкал синдрома эмоционального выгорания.***

Предположив возможность влияния изначальной выраженности СЭВ на его конечный результат, мы провели корреляционный анализ между шкалами СЭВ на входе и на выходе учебного процесса и обнаружили значимые связи:

1. Чем выше значения эмоционального истощения на входе, тем выше его значения и на выходе ( $r_0=0,662$ ,  $p < 0,000$ ), а также выше значения деперсонализации ( $r_0=0,432$ ,  $p < 0,000$ ) и ниже профессиональные достижения ( $r_0 = - 0,192$ ,  $p < 0,01$ ) на выходе.

2. Чем выше деперсонализация на входе, тем выше и на выходе ( $r_0=0,378$ ,  $p < 0,001$ ), а также выше эмоциональное истощение на выходе ( $r_0=0,539$ ,  $p < 0,001$ ).

3. Чем ниже профессиональная успешность (выше редукция профессиональных достижений) на входе, тем выше на выходе эмоциональное истощение ( $r_0 = - 0,207$ ,  $p < 0,01$ ) и редукция профессиональных достижений ( $r_0 = 0,539$ ,  $p < 0,001$ ).

4. Выявлено наличие достоверных корреляционных связей между всеми шкалами СЭВ как на входе, так и на выходе.

Интересным является наблюдение об отсутствии отрицательных двусторонних связей между деперсонализацией на входе и профессиональной

успешностью на выходе, и профессиональной успешностью на входе и деперсонализацией на выходе. Уровень деперсонализации на входе не определяет редукцию профессиональных достижений на выходе и, наоборот, уровень редукции профессиональных достижений на входе деперсонализацию на выходе, а эмоциональное истощение на входе имеет значимую прямую взаимосвязь с деперсонализацией и редукцией профессиональных достижений на выходе.

Таким образом, уровень эмоционального истощения на выходе определяется собственным изначальным уровнем и изначальными уровнями деперсонализации и профессиональной успешности. Уровень деперсонализации на выходе зависит от собственного изначального уровня и начального уровня эмоционального истощения. Уровень профессиональной успешности на выходе определяется собственным изначальным уровнем и начальным уровнем эмоционального истощения. Выявленная значимая корреляция от изначальных значений шкал СЭВ указывает на значимость характеристик не связанных с учебным процессом, влияющих на формирование и течение СЭВ.

Исследование корреляций шкал СЭВ внутри групп слушателей с разной степенью синдрома эмоционального выгорания ( $n=213$ ) позволило сделать следующий вывод: при отсутствии СЭВ низкие значения деперсонализации сопутствуют низким значениям эмоционального истощения, рост деперсонализации сначала компенсируется профессиональной успешностью, сопровождающейся ростом эмоционального истощения. При истощении этого ресурса вновь растет деперсонализация. В конце концов, рост деперсонализации перестает компенсироваться профессиональной успешностью и происходит потеря всех внутренних связей структуры СЭВ (таблица 18).

Таблица 18 — Корреляции субшкал опросника СЭВ в группах слушателей с разной степенью данного синдрома

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

4 (n=14)	Нет	Нет	Нет
----------	-----	-----	-----

Примечание: ЭИ – эмоциональное истощение, Д – деперсонализация, ПУ – профессиональная успешность, — корреляционная связь.

Наше наблюдение соответствует подобному наблюдению сделанному S. Kumar, P. Sinha, G. Dutu (2013), по их мнению, с течением времени деперсонализация и редукция профессиональных достижений у психиатров нарастают быстрее, чем уровень эмоционального истощения, достигающий своего пика в момент формирования СЭВ, однако наших данных для его опровержения или подтверждения недостаточно.

Наше наблюдение перекликается и с результатами диссертационного исследования Л.А. Молчановой (2012), посвященного изучению общих тенденций и закономерностей структурно-динамических изменений состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа (медицинских, педагогических, социальных работников, представителей экстремальных профессий) в аспекте межпрофессиональной дифференциации.

Л.А. Молчанова указывает на следующие тенденции структурно-динамических изменений состояния психического выгорания: соответствие средних значений показателей структурных элементов «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция личных достижений» умеренному уровню выраженности СЭВ; преобладание более высоких показателей структурных элементов «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция личных достижений» («профессиональная мотивация») и низкого значения показателя структурного элемента «самооценка профессиональной эффективности» в фазе «истощение» состояния психического выгорания, достоверной значимостью различий в уровнях выраженности средних значений показателей всех структурных элементов состояния психического выгорания во всех трех его фазах. Автором показаны закономерности структурно-динамических изменений состояния психического выгорания в аспекте межпрофессиональной дифференциации:

1. усиление тесноты взаимосвязей между всеми структурными элементами состояния психического выгорания и степени их интегрированности при переходе из одной фазы в другую;

2. тесные взаимосвязи между структурными элементами «эмоциональное истощение», «деперсонализация» состояния психического выгорания во всех трех фазах;

3. высокая степень интегрированности взаимосвязей показателей всех структурных элементов состояния психического выгорания между собой и с показателями свойств саморегуляции (безответственность и неорганизованность) в фазе «истощение».

***Исследование факторов учебного процесса, определяющих динамику и коррекцию синдрома эмоционального выгорания.*** Предполагая, что процесс обучения может обладать саногенным эффектом, мы решили проследить возможное корректирующее влияние факторов учебного процесса на выраженность СЭВ, к которым мы отнесли: продолжительность обучения, приобретение опыта супервизии, личностного роста, участие в тренинге, получение теоретических знаний, а также интерес слушателей, межличностное взаимодействие и стиль преподавания. Используя критерий Манна — Уитни для сравнения групп, указавших и нет на определенный значимый для них показатель, мы получили следующие достоверные результаты:

1. Специалисты, указавшие на приобретение опыта групповой супервизии в ходе обучения ( $n=56$ ), имеют достоверно более высокие начальные показатели уровня деперсонализации ( $8,3 \pm 0,59$  против  $6,7 \pm 0,39$  балла,  $p < 0,01$ ) и ниже профессиональной успешности ( $34,0 \pm 0,64$  против  $35,7 \pm 0,49$  балла,  $p < 0,05$ ), чем не имеющие подобного опыта ( $n=122$ ). При повторном исследовании увеличивается значимость разницы более высоких значений деперсонализации ( $9,9 \pm 0,52$  против  $7,2 \pm 0,34$  балла,  $p < 0,001$ ), у специалистов, указавших на приобретение опыта групповой супервизии, исчезает различие между группами по уровню шкалы редукции профессионального достижения, отмечен рост профессиональной успешности у специалистов, приобретших такой опыт.

2. Специалисты, указавшие на приобретенный опыт личностного роста ( $n=42$ ) имеют достоверно более низкие показатели по деперсонализации на выходе ( $6,78 \pm 0,5$  против  $8,52 \pm 0,35$  балла,  $p < 0,05$ ), что не было обнаружено на входе.

3. Начальные значения шкалы профессиональной успешности значимо выше у специалистов, указавших на приобретение теоретических знаний ( $n=168$ ) ( $35,38 \pm 0,39$  против  $30,56 \pm 2,33$  балла,  $p < 0,05$ ), при повторном исследовании данный результат не был обнаружен.

Таким образом, большая значимость приобретения опыта групповой супервизии имеет место для специалистов с изначально более низкими показателями профессиональной успешности. Специалисты, имеющие на выходе более высокие показатели профессиональной успешности, подчеркивают значимость теоретических знаний. Специалисты с низкими значениями деперсонализации на выходе указывают на значимость опыта участия в группе личностного роста. Можно предположить, что участие в группе супервизии несет больший корректирующий эффект для специалистов с высокой степенью редукции профессиональных достижений, а группы личностного роста приоритетны для лиц с выраженной степенью деперсонализации.

Путем корреляционного анализа с помощью прямоугольной матрицы Спирмена было показано, что выраженность синдрома эмоционального выгорания не связана с количеством часов обучения проведенных на циклах повышения квалификации.

Продолжив исследование, мы разделили всех слушателей с учетом пола на группы с положительной и отрицательной динамикой субшкал СЭВ: эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений. В последнем случае из-за малого количества наблюдений динамики у мужчин группа была единой, то есть мужчины и женщины были объединены.

У 24 (17,1%) слушательниц произошло нарастание по шкале эмоциональное истощение (ухудшение), а у 27 (19,3%) слушательниц данный показатель снизился (улучшение), у мужчин, соответственно, в 6 (15,8%) случаях отмечено

нарастание ЭИ, а в 9 (23,7%) — его снижение. По степени деперсонализации 43 (30,7%) слушательницы и 7 (18,4%) слушателей показали увеличение, снизилась степень деперсонализации у 23 (16,5%) женщин и 5 мужчин (13,2%). Редукция профессиональных достижений выросла у 20 специалистов (11,2%) и снизилась у 29 (16,3%).

С помощью критерия Манна — Уитни мы сравнили группы с положительной и отрицательной динамикой по указанным респондентами значимым для них факторам учебного процесса. Получены значимые различия ( $p < 0,05$ ) лишь в сравнении групп женщин, имеющих динамику деперсонализации. В группе с положительной динамикой достоверно чаще представлены лица, указавшие на приобретение опыта личной супервизии, что можно рассматривать как указание на важность личной супервизии в профилактике деперсонализации в синдроме эмоционального выгорания. Так как другие факторы не обнаружили своей значимости можно сделать вывод о необходимости индивидуального подхода в обучении для внесения профилактической составляющей обучающего процесса, а проблемы отрицательной динамики могут быть скрыты в индивидуальных факторах, присущих специалисту, приходящему на обучение, или в иных контекстуальных факторах обучающей среды.

На важность профессиональной самоидентификации указывают следующие результаты. Исследовав уровень эмоционального выгорания у специалистов (психотерапевтов и медицинских психологов), относивших себя к разным направлениям в психотерапии, были получены достоверно ( $p < 0,01$ ) более высокие значения субшкалы эмоционального истощения у выбравших категорию «другие», то есть тех, кто не смог идентифицировать себя как представителя того или иного направления. Данный факт может быть рассмотрен как указание на значимость профессиональной самоидентификации в определенном направлении психотерапии в профилактике синдрома эмоционального выгорания. Это согласуется с данными Е.И. Лозинской (2007), показавшей, что причина формирования деперсонализации у психиатров кроется в нарушении профессиональной идентичности, и с результатами И.Ю. Маргошиной (2008),

выявившей неоднозначную взаимосвязь профессиональной идентификации с СЭВ у психологов и психотерапевтов, хотя по данным М. Rzeszutek (2013) выраженность СЭВ у представителей когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии не имеет достоверных различий.

***Заключение.*** Преобладающее число помогающих специалистов психиатрического профиля имеет ту или иную степень СЭВ, которому свойственна следующая динамика развития: рост деперсонализации, сопровождающийся ростом эмоционального истощения, компенсируется профессиональной успешностью, дальнейшее нарастание деперсонализации ведет к редукации профессиональных достижений, и последующему нарастанию всех составляющих СЭВ с потерей внутренней связи между ними. Деперсонализация является ведущей субшкалой СЭВ.

Начальный уровень эмоционального истощения определяет уровень эмоционального истощения и деперсонализации на выходе из учебного процесса, а начальные значения профессиональной успешности — ее конечные значения у специалистов обоего пола. У специалистов-женщин высокие значения деперсонализации и профессиональной успешности на входе определяют высокие значения деперсонализации на выходе.

Корректирующий эффект учебного процесса проявляется в отношении эмоционального истощения и деперсонализации у слушателей с изначально высокими значениями этих шкал. Опыт личной супервизии и участие в группах личностного роста редуцируют деперсонализацию, а профессиональная успешность поддерживается участием в группах супервизии. Самоидентификация в профессии является профилактическим фактором развития СЭВ.

## **6.5. Взаимосвязь между проявлением СЭВ и эмпатическими способностями, психоэмоциональным состоянием специалиста и его психотерапевтическими навыками**

**Корреляция субшкал СЭВ и шкал теста дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН), опросника «Самооценки психических состояний» и методики «Портрет психотерапевта».** Проведенный корреляционный анализ на всей выборке слушателей с помощью прямоугольной матрицы Спирмена выявил следующие связи:

1. Эмоциональное истощение (ЭИ) достоверно ( $p < 0,001$ ), тем ниже, чем выше значения самочувствия ( $r_0 = -0,390$ ), активности ( $r_0 = -0,251$ ), настроения ( $r_0 = -0,374$ ) и интегративного показателя методики САН ( $r_0 = -0,374$ ) и ниже значения тревоги ( $r_0 = 0,342$ ;  $p < 0,001$ ), фрустрации ( $r_0 = 0,468$ ;  $p < 0,001$ ), агрессии ( $r_0 = 0,149$ ;  $p < 0,05$ ) и ригидности ( $r_0 = 0,257$ ;  $p < 0,001$ ). Данная взаимосвязь имеет место и на входе и на выходе с нарастанием значимости на выходе по шкале агрессии ( $p < 0,01$ ). ЭИ на выходе тем выше, чем ниже значения показателя «профессиональные качества психотерапевта» (ПК) и совокупный показатель методики «Портрет психотерапевта» (СП) ( $r_0 = -0,183$ ,  $p < 0,01$  и  $r_0 = -0,225$ ,  $p < 0,001$ ). Таким образом, низкий уровень эмоционального истощения сопровождается высокой степенью активности, хорошим самочувствием и настроением, низкими значениями тревоги, фрустрации, агрессии и ригидности. Приобретение и совершенствование профессиональных качеств психотерапевта может быть рассмотрено как профилактика эмоционального истощения специалиста.

2. Деперсонализация (Д) на входе тем выше, чем ниже значения самочувствия ( $r_0 = -0,188$ ,  $p < 0,01$ ), активности ( $r_0 = -0,148$ ,  $p < 0,05$ ) и общего коэффициента САН ( $r_0 = -0,164$ ,  $p < 0,05$ ). Все обнаруженные связи исчезают на выходе, но появляется отрицательная взаимосвязь деперсонализации с настроением ( $r_0 = -0,019$ ,  $p < 0,05$ ). Обнаружена положительная взаимосвязь Д на входе с тревогой ( $r_0 = 0,21$ ,  $p < 0,001$ ), фрустрацией ( $r_0 = 0,214$ ,  $p < 0,01$ ) и ригидностью ( $r_0 = 0,146$ ,  $p < 0,05$ ), что сохраняется и на выходе с нарастанием значимости ( $p < 0,001$ ), при этом обнаруживается прямая взаимосвязь

деперсонализации с агрессией ( $r_0 = 0,222$ ,  $p < 0,05$ ). Деперсонализация тем выше, чем ниже показатель «взаимоотношения с клиентом» в обоих исследованиях со снижением значимости ( $r_0 = -0,227$ ,  $p < 0,001$ ;  $r_0 = -0,168$ ,  $p < 0,05$ ), при втором исследовании появляется отрицательная взаимосвязь деперсонализации с совокупным показателем методики «Профессиональный портрет психотерапевта» ( $r_0 = -0,190$ ,  $p < 0,01$ ). Таким образом, низкая активность, снижение самочувствия и настроения сопутствуют деперсонализации, нарастает тревога, фрустрация, ригидность и агрессия. Утрата навыков взаимодействия с клиентом сопровождается рост деперсонализации, а рост профессиональных качеств психотерапевта содействует ее снижению.

3. Наибольшее число корреляций установлено с профессиональной успешностью. Профессиональная успешность и на входе, и на выходе тем выше, чем выше все значения методики САН ( $r_0 = 0,280$ ) при высокой значимости ( $p < 0,001$ ) и ниже тревога ( $r_0 = -0,371$ ), фрустрация ( $r_0 = -0,360$ ) и ригидность ( $r_0 = -0,387$ ) со снижением значимости на выходе ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ). Все показатели методики «Портрета психотерапевта» положительно коррелируют с профессиональной успешностью на входе ( $p < 0,01$ ), на выходе исчезает взаимосвязь с показателем «взаимодействие с клиентом» и отмечено снижение достоверности по положительной связи с показателями «личные качества психотерапевта», «профессиональные умения» и совокупным показателем до  $p < 0,05$ . Таким образом, профессиональная успешность сопровождается высокими значениями показателя «личные качества психотерапевта», профессиональными умениями, хорошим настроением, самочувствием и активностью, низким уровнем тревоги, высокой устойчивостью к стрессам и гибкостью.

Можно сказать, что эмоциональное истощение в большей степени связано с профессиональными умениями, деперсонализация с особенностями взаимоотношений с клиентом, а профессиональная успешность с личными качествами специалиста и его профессиональными умениями. Выраженность синдрома эмоционального выгорания обратно пропорциональна совокупному показателю методики «Портрет психотерапевта», отражающему интегративную

характеристику профессиональных качеств специалиста. Рост агрессии устойчиво связан с эмоциональным истощением, а появление подобной связи с деперсонализацией на выходе свидетельствует о динамике развития СЭВ, что было отмечено в 2005 г. О.В. Рыбиной. Психическое благополучие (хорошее настроение, самочувствие, активность, стрессоустойчивость, гибкость) сопутствуют низким значениям СЭВ. Наибольшая устойчивость корреляционных связей отмечена у шкал профессиональная успешность и эмоциональное истощение. Появляющиеся и исчезающие корреляции у деперсонализации со шкалами других опросников могут свидетельствовать о сопутствующей ей неустойчивости в эмоциональных переживаниях, когнитивных и поведенческих стратегиях специалиста.

***Корреляции и зависимость между шкалами СЭВ и показателями эмпатии и ее каналов, факторы риска и профилактики развития СЭВ.***

Опираясь на противоречивые литературные данные о связи между уровнем эмпатии и эмоциональным выгоранием (Козина Н.В., 1998; Лукьянов В.В., 2007), мы решили проследить корреляционные связи между уровнем эмпатии и ее каналами со шкалами эмоционального выгорания на входе и выходе. Учитывая гендерные различия в структуре эмпатии и СЭВ, мы провели корреляционный анализ с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена, который выявил следующие достоверные двусторонние связи:

1. У специалистов-женщин шкала эмоциональное истощение как на входе ( $n=185$ ,  $r_o=0,246$ ,  $p<0,001$ ), так и на выходе ( $n=162$ ;  $r_o=0,309$ ,  $p<0,001$ ) имеет положительную взаимосвязь с эмоциональным каналом эмпатии. Деперсонализация имеет устойчивую отрицательную взаимосвязь с проникающей способностью ( $r_o= - 0,175$ ,  $p<0,05$ ;  $r_o= - 0,200$ ,  $p<0,05$ ), исчезающую на выходе и положительную взаимосвязь с рациональным каналом эмпатии ( $r_o= 0,156$ ,  $p<0,05$ ). Профессиональная успешность устойчиво положительно связана с идентификацией ( $r_o= 0,365$ ,  $p<0,001$ ;  $r_o= 0,226$ ,  $p<0,01$ ) и отрицательно с эмоциональным каналом ( $r_o= - 0,256$ ,  $p<0,000$ ;  $r_o= - 0,213$ ,  $p<0,01$ ), на выходе из учебного процесса исчезают положительные связи с интуитивным каналом ( $r_o=$

0,149,  $p < 0,05$ ), проникающей способностью ( $p_0 = 0,196$ ,  $p < 0,01$ ) и общим уровнем эмпатии ( $p_0 = 0,178$ ,  $p < 0,05$ ). Можно предположить, что чрезмерно развитые способности к сопереживанию и вчувствованию лежат в основе эмоционального истощения специалистов-женщин, что подтверждает известное высказывание психоаналитика Р. Гринсона (2003) об избытке эмоциональной вовлеченности, мешающей установлению терапевтического альянса. Переход к субъект-объектным отношениям в ходе нарастания деперсонализации происходит параллельно с потерей способности создавать доверительную среду, а профессиональная успешность специалиста-женщины сопровождается, с одной стороны, способностью встать на место другого, а с другой — меньшим сопереживанием. Профессиональная успешность на входе поддерживалась интуицией специалистов-женщин, что было утрачено в ходе обучения.

2. У специалистов-мужчин ( $n=50$  на входе и  $n=48$  на выходе) было выявлено значительно меньшее количество корреляционных связей. Обнаружена устойчивая положительная взаимосвязь (на входе и выходе) между эмоциональным истощением и интуитивным каналом ( $p_0 = 0,307$ ,  $p < 0,05$ ;  $p_0 = 0,328$ ,  $p < 0,05$ ) и исчезающая на выходе параллель между профессиональной успешностью и рациональным каналом ( $p_0 = 0,290$ ,  $p < 0,05$ ). Можно сказать, что эмоциональное истощение у мужчин сопровождается большим использованием ими интуиции, а развитие спонтанного интереса к Другому сопровождает профессиональную успешность.

Наше наблюдение показало, что СЭВ у мужчин и женщин определяется использованием разных эмпатических способностей. Так способность к сопереживанию несет больший риск эмоционального истощения у женщин, а использование интуиции — у мужчин. Деперсонализация у женщин связана с их низкой проникающей способностью. Профессиональная успешность на входе у женщин сопровождалась интуитивными способностями и их возможностью посмотреть на мир глазами другого, а у мужчин — спонтанным интересом к другому как субъекту взаимодействия.

Получив множественные корреляционные связи, мы решили построить регрессионное уравнение зависимости шкал СЭВ от ее изначальных и текущих значений, изначальных и текущих значений эмпатических каналов и значения уровня эмпатии с помощью множественного регрессионного анализа (пошаговый метод исключения) отдельно у мужчин и женщин. Получили следующие уравнения влияния предикторов на зависимую переменную ( $p < 0,05$ ).

1. Уровень эмоционального истощения (ЭИ) у женщин на момент вхождения в учебный процесс прямо зависит от текущего уровня деперсонализации (Д) и эмоционального канала эмпатии (ЭК):

$$\text{ЭИ}_{\text{вход}} = 8,758 + 0,776(\text{Д}_{\text{вход}}) + 1,079(\text{ЭК}_{\text{вход}}); R=0,519, R^2=0,27.$$

На выходе сохраняется зависимость от текущего уровня деперсонализации и выраженности эмоционального канала эмпатии, появляется обратная зависимость от уровня установок, способствующих эмпатии (У):

$$\text{ЭИ}_{\text{выход}} = 9,83 + 0,822(\text{Д}_{\text{выход}}) + 1,428(\text{ЭК}_{\text{выход}}) - 0,912(\text{У}_{\text{выход}}); \\ R=0,578, R^2=0,321.$$

Найдена прямая зависимость ЭИ на выходе от начального уровня ЭИ:

$$\text{ЭИ}_{\text{выход}} = 5,649 + 0,617(\text{ЭИ}_{\text{вход}}); R=0,661, R^2=0,437.$$

У мужчин эмоциональное истощение на входе также определяется уровнем деперсонализации, но, в отличие от женщин, зависит от изначального уровня эмпатии (Э):

$$\text{ЭИ}_{\text{вход}} = - 4,332 + 1,274(\text{Д}_{\text{вход}}) + 0,611(\text{Э}_{\text{вход}}); R=0,755, R^2=0,571.$$

На выходе уровень ЭИ также определяется текущим уровнем деперсонализации, зависит от уровня идентификации (Ид), но обратно пропорционален профессиональной успешности (ПУ):

$$\text{ЭИ}_{\text{выход}} = 27,536 + 1,089(\text{Д}_{\text{выход}}) - 0,714(\text{ПУ}_{\text{выход}}) + 1,445(\text{Ид}_{\text{выход}}); \\ R=0,816, R^2=0,667.$$

Начальные значения эмоционального истощения определяют значения ЭИ на выходе:  $\text{ЭИ}_{\text{выход}} = 7,243 + 0,541(\text{ЭИ}_{\text{вход}}); R=0,571 R^2=0,327.$

Таким образом, как у мужчин, так и у женщин начальный уровень эмоционального истощения определяет его и на выходе, а текущий уровень

эмоционального истощения зависит от текущего уровня деперсонализации. Высокие значения эмпатии и способности к идентификации у мужчин могут способствовать эмоциональному истощению. У женщин способность входить в эмоциональный резонанс с окружающими является фактором риска эмоционального истощения, а развитие установок, способствующих эмпатии, напротив, — фактором ее профилактики.

2. Уровень деперсонализации у женщин на момент вхождения в учебный процесс прямо определяется уровнем эмоционального истощения (ЭИ) и спонтанного интереса к Другому (РК) и обратно профессиональной успешностью (ПУ) и наличием установок (У), способствующих эмпатическому взаимодействию:

$$D_{\text{вход}} = 9,066 + 0,239(\text{ЭИ}_{\text{вход}}) - 0,173(\text{ПУ}_{\text{вход}}) + 0,589(\text{РК}_{\text{вход}}) - 0,533 (\text{У}_{\text{вход}});$$

$$R = 0,545, R^2 = 0,297.$$

Уровень деперсонализации у женщин на момент завершения обучения прямо определяется уровнем эмоционального истощения (ЭИ) и тем выше, чем ниже проникающая способность (ПС):

$$D_{\text{выход}} = 5,105 + 0,264 (\text{ЭИ}_{\text{выход}}) - 0,466 (\text{ПС}_{\text{выход}}); R = 0,502, R^2 = 0,256$$

Найдена прямая зависимость уровня деперсонализации на выходе из учебного процесса от начальных значений эмоционального истощения (ЭИ), деперсонализации (Д) и профессиональной успешности (ПУ):

$$D_{\text{выход}} = - 2,476 + 0,457 (D_{\text{вход}}) + 0,12 (\text{ЭИ}_{\text{вход}}) + 0,139 (\text{ПУ}_{\text{вход}});$$

$$R = 0,583, R^2 = 0,340.$$

У мужчин деперсонализация на входе прямо определяется эмоциональным истощением (ЭИ) и имеет обратную зависимость от общего уровня эмпатии (Э):

$$D_{\text{вход}} = 7,862 + 0,442 (\text{ЭИ}_{\text{вход}}) - 0,392 (\text{Э}_{\text{вход}}); R = 0,768, R^2 = 0,59.$$

На выходе уровень деперсонализации прямо определяется уровнем конечного эмоционального истощения и профессиональной успешности, обратно уровнем идентификации (ИД), умением поставить себя на место другого человека:

$$D_{\text{выход}} = - 10,892 + 0,542 (\text{ЭИ}_{\text{выход}}) + 0,401 (\text{ПУ}_{\text{выход}}) - 1,032 (\text{ИД});$$

$$R = 0,777, R^2 = 0,603.$$

Лишь начальный уровень эмоционального истощения влияет на конечные значения уровня деперсонализации у мужчин:

$$D_{\text{выход}} = 1,497 + 0,857 (\text{ЭИ}_{\text{вход}}); R = 0,785, R^2 = 0,615.$$

Таким образом, начальный уровень эмоционального истощения влияет на уровень деперсонализации слушателей обоего пола при завершении обучения, то есть слушатели, с изначально высоким уровнем эмоционального истощения, (более чем в 30% у женщин и в 60% у мужчин) будут иметь высокий уровень деперсонализации при завершении обучения.

Высокий уровень спонтанного интереса к Другому, при низких эмпатических установках у женщин и низкий уровень эмпатии у мужчин являются факторами риска развития деперсонализации. Развитие способности к идентификации у мужчин и умений создавать доверительную атмосферу у женщин в ходе обучения могут способствовать редукции деперсонализации.

3. Профессиональная успешность женщин (ПУ), обратная шкала редукции профессиональных достижений, на входе определяется текущим уровнем идентификации (Ид), и тем выше, чем ниже актуальные значения эмоционального канала (ЭК) и деперсонализации (Д):

$$ПУ_{\text{выход}} = 34,503 + 1,31(\text{Ид}_{\text{вход}}) - 0,312(\text{Д}_{\text{вход}}) - 0,685 (\text{ЭК}_{\text{вход}});$$

$$R=0,538, R^2=0,289.$$

Профессиональная успешность женщин на выходе определяется текущим значением идентификации и обратно зависит от текущего уровня эмоционального истощения:

$$ПУ_{\text{выход}} = 34,80 + 0,724(\text{Ид}_{\text{выход}}) - 0,141(\text{ЭИ}_{\text{выход}}); R=0,285, R^2=0,081.$$

Начальный уровень профессиональной успешности женщин определяет его и на выходе:

$$ПУ_{\text{выход}} = 15,332 + 0,569(\text{ПУ}_{\text{вход}}); R=0,532, R^2=0,283.$$

У мужчин профессиональная успешность (ПУ) на входе прямо зависит от выраженности рационального канала эмпатии (РК) и обратно — от текущего уровня эмоционального истощения (ЭИ):

$$ПУ_{\text{выход}} = 35,404 + 1,237(ПК_{\text{выход}}) - 0,177(ЭИ_{\text{выход}}); R=0,441, R^2=0,195.$$

На выходе ПУ у мужчин прямо определяется текущими значениями деперсонализации и проникающей способности (ПС) и обратно текущим значением эмоционального истощения:

$$ПУ_{\text{выход}} = 33,454 - 0,465(ЭИ_{\text{выход}}) + 0,578(Д_{\text{выход}}) + 1,356(ПС_{\text{выход}});$$

$$R=0,633, R^2=0,401.$$

Начальные значения профессиональной успешности определяют ее и на выходе:  $ПУ_{\text{выход}} = 23,91 + 0,312(ПУ_{\text{вход}}); R=0,353, R^2=0,125.$

Таким образом, как у мужчин, так и у женщин конечные значения профессиональной успешности зависят от ее начального уровня. У женщин способность к идентификации повышает профессиональную успешность, а излишняя способность вчувствоваться снижает ее. У мужчин рост профессиональной успешности определяется рациональным каналом эмпатии и проникающей способностью. Редукция профессиональных достижений у женщин может определяться повышением деперсонализации и эмоциональным истощением, а у мужчин — ростом эмоционального истощения и снижением деперсонализации.

Неустойчивое разнонаправленное влияние текущих значений деперсонализации на уровень текущего значения профессиональной успешности позволяет рассматривать профессиональную успешность как механизм совладания с нарастающей деперсонализацией.

Высокие значения эмпатии у мужчин определяют высокие значения эмоционального истощения и низкие — деперсонализации, что не согласуется с выводами В.В. Лукьянова (2007), о том, что высокий уровень эмпатии наряду с механизмом психологической защиты «отрицание» и адаптивными вариантами копинг-механизмов являются личностными факторами, препятствующими развитию синдрома эмоционального выгорания. Наши данные также не согласуются с данными В.Н. Козиной (1998), согласно которым низкий уровень эмпатии является проявлением СЭВ вследствие эмоционального истощения.

Высокий уровень эмпатии и способность к идентификации у мужчин являются факторами риска развития синдрома эмоционального выгорания, происходящего за счет роста эмоционального истощения, эти же условия способствуют редукции деперсонализации. Очевидно, в начальную стадию развития СЭВ с ростом эмоционального истощения происходит компенсаторное нарастание эмпатии, в основном за счет способности стать на место другого человека, что поддерживает деперсонализацию на низком уровне, в дальнейшем продолжающийся рост эмоционального истощения ведет к росту деперсонализации.

У женщин высокая способность к сопереживанию и вчувствованию способствует развитию у них эмоционального истощения, но определяет профессиональную успешность, что отражает динамику развития синдрома. Высокая способность к сопереживанию поддерживает профессиональную успешность на первых этапах, параллельно способствуя росту эмоционального истощения, что в дальнейшем ведет к редукции профессиональных достижений. Высокий спонтанный интерес к Другому, при низких значениях эмпатических установок является фактором риска развития деперсонализации, а высокая способность к вчувствованию, при тех же условиях, — к эмоциональному истощению.

Факторами, снижающими риск развития эмоционального истощения и деперсонализации у женщин, являются установки, способствующие эмпатии. Развитие способности к созданию доверительной атмосферы снижает уровень деперсонализации у женщин и повышает профессиональную успешность у мужчин. Способность поставить себя на место другого, взглянуть на мир его глазами является фактором, снижающим деперсонализацию у мужчин и повышает профессиональную успешность у женщин, а развитие спонтанного интереса к Другому у мужчин профилактирует редукцию профессиональных достижений.

*Сравнение групп слушателей с разной степенью эмоционального выгорания по представленности у них эмпатических способностей и*

**профессиональных качеств психотерапевта.** Сравнение уровня эмпатии и ее каналов в четырех группах слушателей с разной степенью СЭВ на входе и выходе дало достоверные результаты лишь по каналам проникающая способность и идентификация, что представлено в таблице 19.

Таблица 19 — Средние значения проникающей способности и идентификации в группах слушателей с разной степенью СЭВ на входе и выходе из учебного процесса ( $M \pm m$ )

Степень СЭВ	Вход ( $n_1=233$ )		Выход ( $n_2=211$ )	
	Проникающая способность	Идентификация	Проникающая способность	Идентификация
1 ( $n_1=78$ $n_2=63$ )	4,37±0,12	4,18±0,15	4,33±0,15;	4,13±1,19; $p_{1-4}<0,01$
2 ( $n_1=102$ $n_2=94$ )	3,83±0,15 $p_{1-2}<0,05$	3,62±0,17 $p_{1-2}<0,05$	3,94±0,11; $p_{1-2}<0,05$	3,87±0,15; $p_{2-4}<0,01$
3 ( $n_1=42$ $n_2=48$ )	3,86±0,24 $p_{1-3}<0,05$	3,45±0,21 $p_{1-3}<0,01$	3,6±0,20; $p_{1-3}<0,01$	3,98±0,23 $p_{3-4}<0,01$
4 ( $n_1=11$ $n_2=6$ )	3,55±0,37 $p_{1-4}<0,05$	2,73±0,41 $p_{1-4}<0,01$	3,67±0,8	2,0±0,58

Из таблицы 19 можно увидеть, что на входе в учебный процесс, слушатели с низкой степенью СЭВ имели достоверно более высокие значения проникающей способности и идентификации, чем все их коллеги. На выходе из учебного процесса специалисты с низкой степенью СЭВ имели достоверно более высокие способности к созданию доверительной атмосферы, чем их коллеги с высокой и средней степенью СЭВ. Отсутствие достоверных различий проникающей способности с группой, имеющей очень высокую степень СЭВ, позволяет сделать вывод о развитии этой способности у специалистов в ходе обучения. Достоверное снижение способности стать на место другого у специалистов с очень высокой степенью СЭВ по сравнению с их коллегами на выходе из учебного процесса позволило нам предположить, что потеря способности к идентификации, произошедшая за время обучения, определила очень высокую степень СЭВ.

Получив такие разноплановые результаты и предполагая эффект учебного процесса, мы решили сравнить группы специалистов, имеющих разную степень эмоционального выгорания после обучения, по выраженности уровня эмпатии,

эмпатических каналов и профессиональных качеств психотерапевта (ПКП). Мы сравнивали как начальные, так и конечные значения эмпатии и ее каналов, а показатели ПКП — только конечные, отдельно по мужчинам и женщинам.

Были выделены группы специалистов на выходе с низкими (1 группа), средними (2 группа) и высокими и очень высокими значениями эмоционального выгорания (3 группа) в соответствии с тремя уровнями: эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализация (Д) и редукция профессиональных достижений (РПД). Мужчины и женщины рассматривались отдельно с помощью непараметрического критерия Манна — Уитни.

*Сравнение эмпатии, ее каналов и профессиональных качеств психотерапевта в группах с разной степенью эмоционального истощения*

*Исследование у женщин.* Распределение 165 слушательниц по выраженности эмоционального истощения после обучения произошло следующим образом: низкий уровень диагностирован у 69 человек (41,8%) — группа 1, средний уровень у 71 (33,8%) — группа 2, высокий у 24 (14,5%) и очень высокий у 1 слушательницы (0,6%), что позволило последние две группы объединить в одну — группа 3. В результате были получены следующие достоверные различия:

1. Группа 1 имеет более низкое среднее изначальное значение эмоционального канала эмпатии, чем группа 3 ( $3,0 \pm 0,16$  против  $4,0 \pm 0,30$  балла;  $p < 0,01$ ). Группа 1 достоверно отличается от группы 2 по изначальному среднему значению проникающей способности ( $4,4 \pm 0,16$  против  $3,8 \pm 0,18$  балла;  $p < 0,05$ ), то есть умение создавать условия для доверительной беседы у лиц с низким эмоциональным истощением достоверно более представлено, чем у лиц со средней степенью эмоционального истощения. Группы 2 и 3 по изначальной представленности эмпатических каналов и уровню эмпатии близки.

2. Сравнение трех групп по конечным значениям эмпатических каналов и профессиональным качествам психотерапевта дало следующие результаты: группа 1 имеет достоверно более низкие значения эмпатического канала ( $2,9 \pm 0,19$  балла), чем вторая ( $3,4 \pm 0,18$  балла) и третья ( $4,0 \pm 0,27$  балла),  $p < 0,01$ ,

при отсутствии различий между 2 и 3 группами. Также первая группа имеет достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокие средние совокупные значения методики «Портрет психотерапевта» ( $41,2 \pm 0,71$  балла), чем средние значения в третьей группе ( $38,2 \pm 1,36$  балла). Таким образом, у слушательниц усилились различия между группами по выраженности эмоционального канала эмпатии, становится более четкой взаимосвязь между эмоциональным истощением и выраженностью данного канала. Повышение профессиональной компетентности сопутствует низким значениям эмоционального истощения. Проникающая способность может быть рассмотрена как стратегия совладания с эмоциональным истощением.

У 48 мужчин-слушателей на выходе была диагностирована низкая степень эмоционального истощения — в 19 (39,6%) случаях — группа 1, средняя степень — в 21 (43,8%) — группа 2, высокая степень — 7 (14,6%) и очень высокая — 1 (2,1%) случаях. Последние группы были объединены в одну — группа 3. Получены следующие достоверные различия:

1. Специалисты 3 группы имеют более высокие изначальные средние значения интуитивного канала ( $4,5 \pm 0,65$  балла), идентификации ( $5,5 \pm 0,29$  балла) и уровня эмпатии ( $24,5 \pm 1,56$  балла), чем специалисты 2 группы (соответствующие значения каналов —  $2,5 \pm 0,38$ ;  $3,1 \pm 0,37$ ;  $18,9 \pm 1,28$  балла) и 1 группы ( $1,9 \pm 0,44$ ;  $3,3 \pm 0,37$ ;  $17,2 \pm 0,68$  балла;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ). 1 и 2 группы достоверных различий не имеют. Таким образом, мужчинам с более высоким уровнем эмпатии за счет большей интуиции и большей способности к идентификации на входе, свойственны высокие значения эмоционального истощения на выходе.

2. На выходе все три группы по значениям эмпатии, выраженности эмпатийных каналов и профессиональным качествам по методике «Портрет психотерапевта» не различаются, что можно расценить как корректирующий эффект учебного процесса.

Сделанное наблюдение позволяет говорить о гендерном различии формирования эмоционального истощения: так у женщин ЭИ определяется эмоциональным каналом, а у мужчин — интуитивным каналом и способностью к идентификации. Таким образом, слушатели-женщины с высокой степенью

эмоционального истощения достоверно чаще имеют более высокую эмоциональную вовлеченность в проблемы пациента, чем лица с низкой степенью эмоционального истощения. Это может обуславливать их проникающую способность, которая на уровне тенденции выше, чем у слушательниц со средней степенью эмоционального истощения, которые достоверно имеют более низкие ее средние значения, чем представительницы первой группы. На конец обучения сохраняются достоверные различия по выраженности эмоционального канала эмпатии между первой и второй-третьей группами. У мужчин с высокой степенью эмоционального истощения на выходе были достоверно выше начальные значения идентификации и интуитивного каналов эмпатии, а также ее общий уровень, что на выходе не повторилось, что свидетельствует об их коррекции в ходе учебного процесса.

При повторном исследовании женщины-слушатели с высокой и средней степенью эмоционального истощения достоверно не различаются, что может быть принято во внимание для разработки корректирующих мероприятий в учебном процессе для слушательниц, имеющих эмоциональное истощение среднего и выше среднего уровней. У мужчин же, имеющих достоверные различия лишь между 1 и 3 группой, при незначимых отличиях 2 и 3 групп, внимания требуют лица с эмоциональным истощением высокой степени.

*Сравнение эмпатии, ее каналов и профессиональных качеств психотерапевта в группах с разной степенью деперсонализации.* По выраженности деперсонализации на выходе 120 слушательниц распределились следующим образом: низкая степень диагностирована в 31 наблюдении (18,8%) — группа 1, средняя — 92 (55,8%) — группа 2, высокая — 28 (17,0%) — группа 3 и очень высокая в 14 наблюдениях (8,5%) — группа 4. У 48 мужчин распределение по степени деперсонализации было следующим: низкая степень — 9 (18,8%), средняя — 28 (58,3), высокая — 5 (10,4), очень высокая — 6 (12,5%), соответственно 1, 2, 3, и 4 группы.

Значимых различий начальных значений уровня эмпатии и ее каналов у специалистов (обоих полов) выделенных групп не обнаружено. У слушателей-

мужчин не получено достоверных различий и конечных результатов (включая профессиональные качества психотерапевта).

Проведенно сравнение групп слушательниц по конечным значениям эмпатии, ее каналам и ППТ с использованием критерия Манна — Уитни:

1. Группа 1 достоверно отличается по средним значениям канала проникающая способность ( $4,6 \pm 0,18$  балла) от 2 и 3 групп ( $4,1 \pm 0,13$ ;  $3,8 \pm 0,23$  балла;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$  соответственно), но не отличается от 4 группы ( $3,8 \pm 0,41$  балла). То есть, можно предположить, что стратегия по созданию условий для доверительного общения «восстанавливается» как значимое качество при высокой степени деперсонализации.

2. Слушательницы 1 группы имеют значимо более высокие средние показатели по представленности «личностных качеств психотерапевта» ( $14,7 \pm 0,63$  балла), чем представительницы 2 и 4 групп ( $13,1 \pm 0,38$  и  $11,4 \pm 1,14$  балла;  $p < 0,05$ ).

3. Найдены достоверные различия между 1 и 4 группами по показателю «взаимодействие с клиентом» ( $6,8 \pm 0,33$  против  $5,5 \pm 0,37$  балла;  $p < 0,01$ ). Значимых различий по данному критерию 1 и 2 группы не имеют, но 2 группа имеет значимо более высокие средние значения этого показателя ( $6,8 \pm 0,2$  балла), чем представительницы 3 ( $5,96 \pm 0,32$  балла;  $p < 0,05$ ) и 4 групп ( $5,5 \pm 0,38$  балла;  $p < 0,01$ ), без значимых различий между ними.

4. По средним значениям совокупного показателя методики «Портрет психотерапевта» слушательницы 1 группы значимо отличаются от представительниц 4 и 3 групп ( $42,8 \pm 0,8$  против  $36,6 \pm 1,87$  балла;  $p < 0,001$  и  $39,5 \pm 1,16$  балла;  $p < 0,05$  соответственно). Достоверных различий по данному показателю между 1 и 2, а также между 3 и 4 группами не найдено. То есть, слушательницы с низкой и средней степенью деперсонализации значимо отличаются от слушательниц с высокой и очень высокой степенью деперсонализации, имея более высокие значения совокупного показателя методики «Профессиональный портрет психотерапевта».

Таким образом, представительницы с низкой степенью деперсонализации имеют более выраженные способности создавать доверительную атмосферу.

Слушательницы с высокими значениями деперсонализации имеют меньше способностей, отраженных в совокупном показателе профессиональных качеств психотерапевта, чем их коллеги с низкими и средними значениями. Развитие качеств психотерапевта, особенно взаимоотношений с клиентом, может способствовать профилактике и редукции деперсонализации.

*Сравнение эмпатии, ее каналов и профессиональных качеств психотерапевта в группах с разной степенью редукции профессиональных достижений.* По выраженности редукции профессиональных достижений (РПД) на выходе 120 слушательниц распределились следующим образом: низкая степень диагностирована в 85 наблюдениях (51,5%) — 1 группа, средняя — 67 (40,6%) — 2 группа, высокая — 12 (7,3%) и очень высокая в 1 наблюдении (0,6%) — 3 группа. У 48 мужчин распределение по степени РПД было следующим: низкая степень — 29 (60,4%) — 1 группа, средняя — 17 (35,4) — 2 группа, высокая — 0 и очень высокая — 2 (4,2%) составили 3 группу.

Значимых различий по начальному и конечному уровню эмпатии, ее каналам и профессиональным качествам психотерапевта в группах специалистов мужчин, имеющих разную степень редукции профессиональных достижений, не обнаружено. Результаты сравнения в группах специалистов-женщин, разделенных по степени редукции профессиональных достижений на выходе:

1. Группа 1 имеет достоверно более высокие начальные значения идентификации в эмпатии ( $4,2 \pm 0,15$  балла), чем слушательницы со средней ( $3,1 \pm 0,44$  балла,  $p < 0,01$ ) и высокой степенью ( $2,3 \pm 0,47$  балла,  $p < 0,001$ ), которые близки по этому показателю.

2. Специалисты 1 группы имеют более высокие изначальные средние значения совокупного показателя профессиональных качеств психотерапевта ( $41,8 \pm 0,61$  балла), чем специалисты 2 ( $39,4 \pm 0,74$  балла,  $p < 0,01$ ) и 3 групп ( $35,8 \pm 2,26$  балла,  $p < 0,01$ ), которые близки по этому показателю.

3. Представительницы 1 группы имеют достоверно более высокие изначальные средние показатели по личным качествам психотерапевта ( $13,5 \pm 0,35$

балла) и профессиональным качествам ( $21,6 \pm 0,35$  балла), чем представительницы 3 группы ( $19,2 \pm 0,88$  балла;  $p < 0,01$ ).

Сравнение этих групп по тем же конечным показателям:

1. Слушательницы 1 группы имеют более высокие конечные средние значения по выраженности личных качеств психотерапевта ( $14,3 \pm 0,36$  балла), профессиональных качеств ( $21,6 \pm 0,33$  балла) и совокупного показателя ( $42,7 \pm 0,53$ ), чем представительницы со средней степенью ( $12,9 \pm 0,45$ ;  $19,1 \pm 0,49$  и  $38,5 \pm 0,75$  балла соответственно;  $p < 0,001$ ).

2. Группа 1 имеет достоверно значимые различия с 3 группой по перечисленным ранее изначальным показателям (ЛКП  $14,3 \pm 0,36$  против  $9,7 \pm 1,13$  балла;  $p < 0,01$ ; ПК  $21,6 \pm 0,33$  против  $17,6 \pm 1,8$  балла;  $p < 0,001$ ; СП  $42,7 \pm 0,53$  против  $32,5 \pm 2,3$  балла;  $p < 0,001$ ). Кроме того, слушательницы 1 группы имеют достоверно более высокие конечные средние значения идентификации ( $4,2 \pm 0,15$  против  $2,9 \pm 0,54$  балла;  $p < 0,01$ ) и конечные средние показатели «взаимодействие с клиентом» ( $6,8 \pm 0,21$  против  $5,2 \pm 0,40$  балла;  $p < 0,01$ ), чем представители 3 группы.

3. Слушательницы 2 группы имеют достоверно более высокие конечные средние значения по личным качествам психотерапевта ( $12,9 \pm 0,43$  против  $9,7 \pm 1,13$  балла;  $p < 0,01$ ) по взаимодействию с клиентом ( $6,5 \pm 0,21$  против  $5,2 \pm 0,40$  балла;  $p < 0,01$ ) и по совокупному показателю ( $38,5 \pm 0,76$  против  $32,5 \pm 2,30$  балла;  $p < 0,01$ ), чем представительницы 3 группы.

Таким образом, слушательницы с низкой степенью редукции профессиональных достижений изначально имеют более высокие значения способности к идентификации и совокупного показателя методики «Портрет психотерапевта», чем слушательницы со средней и высокой степенью РПД. За счет нарастания способности к идентификации у специалистов со средней степенью РПД утрачиваются различия между двумя первыми группами по данной способности, что может быть расценено как результат учебного процесса. Крайние группы имеют достоверные различия по идентификации и всем параметрам методики ППТ, появляются различия между 2 и 3 группой по личностным качествам, взаимодействию с клиентом и совокупному показателю.

Отмечается нарастание достоверных различий в группах специалистов с разной степенью РПД. Чем более успешен специалист, тем выше его оценка способности к идентификации и его профессиональные качества (профессиональные способности, личные качества и взаимодействие с клиентом).

**Корреляционные связи между эмпатическими каналами в группах специалистов с разным уровнем субшкал СЭВ.** В ходе обучения произошло значимое нарастание уровня эмпатии, при этом все эмпатические каналы увеличили свое значение, но значимо выросли идентификация, эмоциональный и интуитивный каналы.

Сравнение выраженности эмпатии и ее каналов в группах с разным уровнем СЭВ дало достоверные идентичные результаты лишь по каналу идентификации и проникающей способности в группах и на начало, и на завершение обучения, что позволило нам представить конечный результат в таблице 20.

Таблица 20 — Проникающая способность и идентификация специалистов с разной степенью синдрома эмоционального выгорания на выходе из учебного процесса ( $M \pm m$ )

Группы по степени СЭВ (n)	Проникающая способность	Идентификация
Низкая степень, n=63	4,3±0,15	4,1±0,19 $p_{1-4} < 0,01$
Средняя степень, n=94	3,9±0,11 $p_{1-2} < 0,05$	3,9±0,15 $p_{2-4} < 0,01$
Высокая степень, n=48	3,6±0,20 $p_{1-3} < 0,01$	4,0±0,23 $p_{3-4} < 0,05$
Очень высокая степень, n=6	3,7±0,80	2,0±0,58

Как видно из таблицы, слушатели с низкой степенью СЭВ имеют достоверно более высокие способности создавать доверительную атмосферу, чем их коллеги со средней и высокой степенью, а имеющие очень высокую степень СЭВ обладают самыми низкими способностями поставить себя на место другого и увидеть мир его глазами.

Мы решили проследить корреляционные связи между каналами эмпатии у специалистов с разной степенью субшкал СЭВ, в интерпретации опираясь на полученные ранее результаты. На всей выборке получена значимая взаимосвязь

роста эмоционального канала эмпатии и установок, способствующих действию эмпатии ( $r_0=0,254$ ,  $p<0,001$ ).

Исследование связей проводилось на выборке слушателей на момент завершения обучения, отдельно по мужчинам и женщинам.

1. У специалистов-женщин на выходе, имеющих низкую степень эмоционального истощения и деперсонализации имеет место двусторонняя положительная корреляция между рациональным и эмоциональным каналами эмпатии ( $r_0=0,298$ ,  $p<0,05$  и  $r_0=0,460$ ,  $p<0,05$ ). Низкая степень редукции профессиональных достижений сопровождается положительной корреляцией динамики эмоционального канала и установками, способствующими действию эмпатических каналов ( $r_0=0,269$ ,  $p<0,05$ ). Женщины-специалисты с низкой степенью эмоционального истощения и деперсонализации имеют рост эмоционального канала параллельно с ростом спонтанного интереса к Другому и ростом установок, способствующим действию всех эмпатических каналов. Наличие такой связи может свидетельствовать о здоровых механизмах эмпатической саморегуляции.

2. У специалистов-мужчин низкая степень эмоционального истощения сопровождается отрицательной корреляцией динамики установок и идентификации ( $r_0= - 0,651$ ;  $p<0,01$ ), то есть, ростом эмпатических установок и снижением способности к идентификации. Низкая степень деперсонализации сопровождается параллельным ростом идентификации и эмоционального канала ( $r_0=0,733$ ,  $p<0,05$ ), а низкая степень редукции профессиональных достижений — параллельным ростом установок и рационального канала ( $r_0=0,492$ ,  $p<0,05$ ). У мужчин с низкой степенью СЭВ рост установок, способствующих эмпатии, сопровождается ростом спонтанного интереса к другому и падением способности к идентификации, а также параллельным снижением способности к сопереживанию.

3. У специалистов-женщин со средней степенью шкал СЭВ корреляций динамики эмпатических каналов не обнаружено.

4. У специалистов-мужчин со средней степенью эмоционального истощения и деперсонализации найдена положительная взаимосвязь между ростом эмпатического канала и ростом установок, облегчающих действие эмпатических каналов ( $r_o=0,503$ ,  $p<0,05$ ;  $r_o=0,496$ ,  $p<0,05$ ). Средняя степень редукции профессиональных достижений сопровождается отрицательной взаимосвязью между интуицией и проникающей способностью ( $r_o= - 0,676$ ,  $p<0,01$ ), то есть при росте интуиции падает проникающая способность и наоборот. Появление разнонаправленных связей можно рассматривать как признак совладания с нарастающим синдромом эмоционального выгорания.

5. Высокая степень деперсонализации у специалистов-женщин сопровождается одновременным падением или ростом рационального канала и установок ( $r_o=0,476$ ,  $p<0,05$ ), эмоционального канала и проникающей способности ( $r_o=0,487$ ,  $p<0,05$ ), обратной взаимосвязью между ростом эмоционального канала и интуиции ( $r_o= - 0,412$ ,  $p<0,05$ ). Специалисты-женщины с высокой степенью деперсонализации, имеющей найденные нами ранее отрицательные корреляции с проникающей способностью, имеют при этом снижение значений эмоционального канала, что сопровождается ростом интуиции. Высокая степень редукции профессиональных достижений у женщин сопровождается параллельным падением или ростом способности к сопереживанию и установок, способствующих эмпатии ( $r_o= 0,767$ ,  $p<0,05$ ).

6. Мужчины с высокой степенью деперсонализации имеют однонаправленную динамику падения идентификации и проникающей способности ( $r_o=0,919$ ,  $p<0,001$ ), и разнонаправленную динамику эмоционального канала и идентификации ( $r_o= - 0,722$ ,  $p<0,05$ ), эмоционального канала и проникающей способности ( $r_o= - 0,860$ ,  $p<0,01$ ). Мужчины с высокой степенью деперсонализации при росте способности к сопереживанию имеют снижение способности к идентификации и проникающей способности.

7. Женщины с очень высокой степенью деперсонализации имеют прямую динамику роста идентификации с установками ( $r_o=0,663$ ,  $p<0,05$ ) и обратную с интуицией ( $r_o= - 0,704$ ,  $p<0,05$ ), параллельно падают проникающая способность и

установки ( $p_0=0,619$ ,  $p<0,05$ ). Можно сказать, что женщины с очень высокой степенью деперсонализации имеют снижение проникающей способности, и при этом снижаются установки, идентификация, но растет интуиция. Опора на интуицию свойственна высоким и очень высоким степеням деперсонализации.

Опираясь на ранее найденные корреляции, можно сделать следующие выводы. При низкой степени эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессионального достижения, как правило, отмечается параллельная динамика роста эмпатийных каналов, за исключением обратной динамики роста идентификации и установок у мужчин с низкой степенью ЭИ. Как было показано ранее, чрезмерная идентификация у мужчин является риском формирования СЭВ, что и корректируется снижением эмпатийных установок.

При высоких и очень высоких значениях деперсонализации появляются разнонаправленные связи в динамике эмпатийных каналов: эмоционального истощения с интуицией, интуиции с идентификацией. Таким образом, поддерживается общий уровень эмпатии за счет перераспределения использования способности сопереживать, входить в эмоциональный резонанс, ставить себя на место другого и использовать собственные интуитивные способности. Рост деперсонализации у женщин происходит с одновременным снижением проникающей способности и эмоционального канала с нарастанием интуиции, дальнейший рост деперсонализации приводит к снижению установок и идентификации с продолжением роста интуиции. У мужчин нарастание деперсонализации происходит одновременно с падением проникающей способности и идентификации, но с ростом эмоционального канала эмпатии. Как у мужчин, так и у женщин снижается проникающая способность и способность к идентификации, при этом женщины опираются на свою интуицию, а мужчины на сопереживание. При средней и высокой степени редукции профессиональных достижений у женщин происходит снижение способности к вчувствованию при одновременном повышении установок, ведущих к эмпатическому взаимодействию.

**Заключение.** Выраженность синдрома эмоционального выгорания обратно пропорциональна совокупному показателю методики «Портрет психотерапевта», отражающему интегративную характеристику профессиональных качеств специалиста: эмоциональное истощение в большей степени связано с профессиональными умениями, деперсонализация — с особенностями взаимоотношений с клиентом, а профессиональная успешность — с личными качествами специалиста и его умениями. Эмоциональное истощение сопровождается ростом агрессии.

Слушательницы с высоким значениями деперсонализации обладают меньшими способностями, отраженными в совокупном показателе профессиональных качеств психотерапевта, чем их коллеги с низкими и средними значениями. Профессиональная успешность специалиста-женщины сопровождается высокой способностью к идентификации и его профессиональными качествами, включающими профессиональные способности, личные качества и взаимодействие с клиентом.

Слушатели разных специальностей по общему показателю, оценивающему профессиональные качества психотерапевта, и личностным характеристикам близки между собой. Наименьшими способностями к установлению контакта обладают врачи-психиатры, наибольшими — психотерапевты и клинические психологи. Рост личностных качеств за время обучения отмечен только в группе «другие». Несмотря на тенденцию к росту способности эффективного взаимодействия с пациентом, у врачей-психиатров за время обучения достоверно снижаются профессиональные умения, свойственные психотерапевтической деятельности, что отражает, на наш взгляд, большую осознанность и критичность в оценке своих неиспользованных способностей.

Для специалистов с низким уровнем СЭВ характерно большее развитие способности создавать доверительную атмосферу, а для имеющих очень высокую степень СЭВ — самую низкую способность к идентификации.

Структура, динамика СЭВ и его взаимосвязь с эмпатическими способностями имеет гендерные характеристики. У мужчин и женщин начальный

уровень эмоционального истощения определяет его текущий уровень и текущий уровень деперсонализации. Деперсонализация и эмоциональное истощение имеют тесную взаимосвязь и определяют друг друга. Конечные значения профессиональной успешности определяются ее начальным уровнем.

У женщин деперсонализация определяется ее изначальным уровнем и уровнем профессиональной успешности, редукция профессиональных достижений определяется ростом уровней деперсонализации и эмоционального истощения. У мужчин рост эмоционального истощения и снижение деперсонализации определяет редукцию профессиональных достижений.

Отмечены гендерные различия в формировании эмоционального истощения: у женщин ЭИ определяется эмоциональным каналом, а у мужчин интуитивным каналом и способностью к идентификации.

У женщин нарастание деперсонализации сопровождается ростом спонтанного интереса к Другому, установок и интуиции, и при этом параллельно снижаются способности создавать доверительную атмосферу и входить в эмоциональный резонанс. В дальнейшем снижается способность к идентификации, имеющей прямую взаимосвязь с установками, способствующими эмпатии и проникающей способностью, но при этом продолжает расти интуиция. Высокая степень редукции профессиональных достижений у женщин сопровождается параллельным снижением установок, облегчающих действие всех эмпатических каналов, и способности сопереживать. 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 является профилактикой эмоционального истощения и деперсонализации, а способность встать на место Другого — редукции профессиональных достижений.

У мужчин при отсутствии эмоционального истощения имеет место обратная взаимосвязь между способностью к идентификации и эмпатическими установками. Рост деперсонализации и эмоционального истощения сопровождается параллельным снижением вчувствования и эмпатических установок, что в дальнейшем сопровождается ростом способности к идентификации при одновременном снижении умения создавать доверительную атмосферу. Редукции профессиональных достижений сопутствует рост интуиции. Высокие значения эмпатии и идентификации у мужчин являются факторами риска развития эмоционального истощения, но способствуют редукции деперсонализации, развитие рационального канала способствует профессиональной успешности.

Развитие проникающей способности у мужчин ведет к профессиональной успешности, у женщин — к редукции деперсонализации.

## ГЛАВА 7. СУПЕРВИЗИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Выявленная взаимосвязь между проявлениями синдрома эмоционального выгорания и эффективностью профессиональной деятельности побуждает искать способы его преодоления и профилактики. Модель, основанную на подвиде экзистенциального анализа и восстановлении уровня коммуникации, предлагает О.А. Елдышова (2007), В.М. Волобаев (2009) разработал модель мультимодальной психотерапии, Е.Г. Таткина (2010) использует тренинг социально-психологической коррекции профессионально-личностных деформаций, Е.Е. Пахтусова (2015) разработала программу коррекции СЭВ на основе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии. Этой теме посвящена программа психопрофилактики Л.Н. Молчановой (2012), а П.И. Сидоров (2014), основываясь на синергетической методологии, предлагает реализовывать профилактические маршруты еще на донологическом уровне на базе корпоративных служб ментального здоровья.

За активное использование балинтовских групп и супервизии в профилактике эмоционального выгорания и сохранения здоровья специалистов психиатрического профиля выступает ряд авторов (Кулаков С.А., 2004; Лукьянов В.В., Игумнов С.А., 2007; Власова О.А., 2010; Эйдемиллер Э.Г., Тарабанова В.А., 2010; Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2011; Авагимян А.А., 2013; Винокур В.А., 2013; Козин В.А. Агибалова Т.В., 2013; Firth-Cozens J., 2007). Доказана эффективность использования групповой и индивидуальной супервизии в профилактике СЭВ у специалистов наркологической практики Австралии (Livni D., Crowe T.P., Gonsalvez C.J., 2012).

Опыт исследования синдрома эмоционального выгорания у специалистов, оказывающих психиатрическую помощь и проходящих обучение на циклах повышения квалификации, показал его большую распространенность среди

врачей и психологов. Исследование факторов учебного процесса, оказывающих влияние на коррекцию данного синдрома, позволило нам выделить участие в группах личностного роста и личную супервизию в группе как факторы коррекции деперсонализации, а участие в работе супервизионной группы сопровождалось тенденцией коррекции редукации профессиональных достижений.

Разработка, апробация и исследование эффективности модели супервизии для профилактики синдрома эмоционального выгорания у специалистов наркологического стационара решалась в несколько этапов:

Первый этап предполагал исследование наличия опыта супервизии и ее востребованности у слушателей кафедры в целом и отдельно у специалистов наркологического профиля, а также динамики синдрома эмоционального выгорания у специалистов наркологического профиля (34 специалиста), проходящих супервизию при обучении на циклах последипломного образования.

Второй этап предполагал разработку, апробацию и проверку эффективности групповой обучающей модели супервизии на основе теории поля гештальт-терапии.

Третий этап – практическое внедрение разработанной модели.

Этап 1. Проведенный на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии анализ 100 анкет слушателей, проходивших обучение на циклах профессиональной переподготовки, общего и тематического усовершенствования в 2009 году позволил установить следующее: наибольшую востребованность супервизии проявили врачи-психотерапевты (48,6%), при этом средний стаж работы по специальности составил 10,8 лет. Врачи-психиатры указали на необходимость в обучении супервизии в 22,6% случаев, при среднем стаже работы по специальности 4,6 лет. Лишь 22,2% медицинских психологов указали необходимость супервизии, при среднем стаже 3,8 года. Программа подготовки последних предусматривает значительный объем часов супервизии, этот факт можно рассматривать как пресыщенность, либо как разочарование.

Анализ 183 опросников «Лист участника группы супервизии», заполненных психотерапевтами, психиатрами, медицинскими психологами и другими

специалистами (педагог-психолог, практический психолог, социальный работник) показал, что впервые участвовали в работе группы 25,5 % психотерапевтов, 56,9% психиатров, 36,8% медицинских психологов и 72,7% других специалистов. При этом средний стаж работы по специальности составил 10,2 года, 12,4 года, 4 года и 6,4 года соответственно (диаграмма 10).

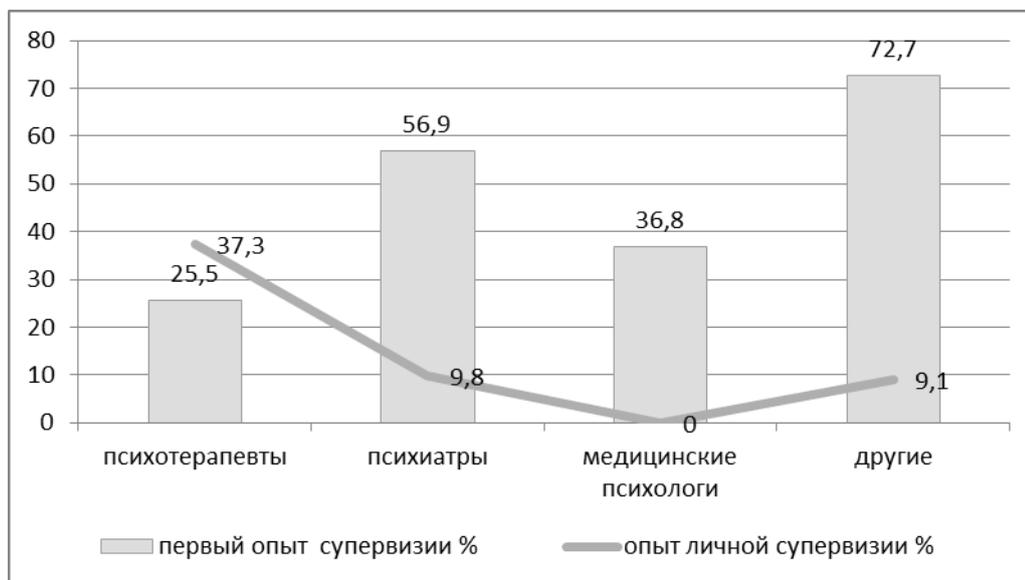


Диаграмма 10 — Супервизионный опыт у специалистов психиатрического профиля (%).

Как видно из диаграммы 10 опыт личной супервизии имели 37,3% врачей-психотерапевтов, 9,8% врачей-психиатров, 9,1% иных специалистов. Медицинские психологи опыта личной супервизии не имели! Опыт повторной супервизии, как правило, имели более молодые коллеги, обучающиеся одному из методов психотерапии.

Анализ 49 анкет слушателей, работающих в наркологических учреждениях, показал наличие опыта супервизии у 23 специалистов, что составило 46,9%. Только 6 (12,2%) специалистов имели опыт регулярной личной супервизии: 3 психолога, психотерапевт и 2 специалиста по социальной работе. Все они обучались одному из методов психотерапии. Остальные 17 специалистов обладали однократным или двухкратным опытом участия в работе супервизионной группы, как правило, в рамках обучения на циклах

последипломного образования. Настороженное отношение к супервизии, а порой и страх перед ней испытывали 38 (77,6%) специалистов, интерес — 46 (93,9%), планируют в будущем участие в группе супервизии или личную супервизию 28 (57,1%) специалистов, полезность супервизии отметили 100% участников. Двое из участников, имеющих опыт регулярной супервизии, отметили прошлый травмирующий опыт — переживание стыда, профессиональной некомпетентности и даже унижения.

На первом этапе в исследование были включены 34 специалиста — слушатели кафедры, имеющие опыт личной супервизии в рамках обучения на цикле. Эмоциональное выгорание низкой степени диагностировано у 6 (17,6%) человек, средней степени — у 18 (52,9%), высокой степени — у 9 (26,5%), очень высокой степени — у 1 (2,9%) специалиста. Повторное исследование выявило отсутствие специалистов с высокой и очень высокой степенью эмоционального выгорания, низкая степень диагностирована у 20 (58,8%), а средняя степень — у 14 (41,2%) специалистов. Все специалисты один или более раз (до трех раз) были участниками обучающей супервизии в группе и представили свой супервизионный случай. Помимо супервизии, специалисты получали теоретические знания и практические умения в рамках программы циклов повышения квалификации продолжительностью от 144 до 288 часов.

Обучающая модель супервизии в группе была разработана Н.В. Александровой и М.Ю. Городновой в 2009–2010 гг. для слушателей циклов общего и тематического обучения, в основе модели лежит когнитивно-поведенческий подход (Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2010, 2011).

Целью супервизии для психотерапевтов и психологов являлось осознание технологии использованной психотерапии и психологической коррекции в представляемом случае, для психиатров — осознание целостности, преемственности и многоступенчатости диагностического, дифференциально-диагностического, лечебного и профилактического процессов в заявленном случае. Выбор формы супервизии в группе обусловлен следующими причинами:

1. Необходимостью включения всех обучающихся на цикле в активную работу по осознанию собственных профессиональных качеств и навыков, так как условия проведения циклов не позволяют создать для слушателей длительно существующую супервизионную группу, а также провести индивидуальную супервизию для всех обучающихся.

2. Необходимостью сочетать процесс супервизии с обучением процессу психотерапии и возможностям его анализа.

3. Необходимостью интенсификации проведения супервизии и учебного процесса в целом.

Продолжительность сеанса супервизии составляет 2 часа. Удлинение его считаем нецелесообразным, так как это приводит к утомлению и истощению слушателей и снижению эффективности работы.

Технология проведения супервизии в группе происходит в 6 этапов.

**Этап 1. Присоединение к группе.** Задачи данного этапа — создание общего эмпатического поля, обстановки доверия и мотивации на работу. Это достигается посредством общепринятых приемов активного слушания. Ведущими предлагается вводная в технологию проведения супервизии в группе. Данный этап завершается выбором супервизируемого из тех слушателей, которые предварительно активно заявили о желании пройти супервизию и подготовили свои случаи.

**Этап 2. Присоединение супервизора к супервизируемому.** Это достигается посредством удобной рассадки, знакомства, выбора обращения, формулирования супервизируемым запроса на супервизию. Супервизируемый сообщает о своем случае, а супервизор уточняет в рамках какого метода, какой методики и какой технологии проводилась психотерапия в заявленном случае, количество сеансов, продолжительность каждого и всего процесса в целом.

**Этап 3. Собственно супервизия.** Цель данного этапа — анализ представлений супервизируемого о методе, методике, технологии и процессе психотерапии. Данная цель достигается посредством уточняющих вопросов, которые можно сгруппировать следующим образом:

- вопросы, касающиеся теоретических представлений супервизируемого об использованном методе психотерапии;
- вопросы, касающиеся процесса психотерапии (психотерапевтические гипотезы и мишени, этапов психотерапии, психотерапевтические интервенции, технологические приемы и т.д.)
- вопросы, касающиеся теоретических представлений супервизируемого о синдромологии, нозологии, механизмах действия лекарственных средств и других лечебных факторов;
- вопросы, касающиеся процесса диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения и профилактики;
- вопросы, касающиеся переносов и противопереносов в процессе психотерапии и их влияния на него.

Кроме того, используются методические вопросы и прояснения, задачей которых является обучение слушателей психотерапии.

При проведении данного этапа обсуждение случая ведется между супервизором и супервизируемым. Остальные члены группы активно работают с разработанным на кафедре опросником «Лист участника группы супервизии», в котором они отражают переживаемые ими чувства, возникающие по ходу супервизии вопросы, комментарии. Они не принимают непосредственного участия в обсуждении случая, однако активно соприкасаются с собственными переживаниями, противопереносами, осознают свои профессиональные качества, знания и умения, как осуществляют процесс психотерапии, с каким методом отождествляют свою работу, распознают собственные «белые пятна».

**Этап 4.** Отсоединение супервизора от супервизируемого. Подведение итога супервизии, обмен чувствами.

**Этап 5.** Групповая рефлексия. Участники группы подытоживают проделанную ими работу с собственными чувствами и мыслями и делятся своим осознанием собственных представлений о себе как профессионале.

**Этап 6.** Отсоединение от группы. Участники оценивают необходимость супервизии для своего профессионального роста.

Технология супервизии в группе для психиатров и психотерапевтов изоморфна, анализу подвергается процесс диагностики, дифференциальной диагностики и лечения. На третьем этапе вопросы супервизора будут касаться теоретических представлений психиатра о симптомах, синдромах, нозологии, этиопатогенезе, дифференциально-диагностических критериев, критериев выбора терапии, фармакокинетики и фармакодинамики выбранных средств, профилактики и реабилитации.

Таблица 21 — Динамика показателей эмоционального выгорания специалистов, работающих в наркологии и прошедших личную супервизию в группе во время обучения ( $M \pm m$ )

Субшкалы и интегральный показатель СЭВ	Исследование 1 ( $M \pm m$ )	Исследование 2 ( $M \pm m$ )	P
Эмоциональное истощение	15,94±1,31	11,79±1,12	□0,01
Деперсонализация	10,06±,71	7,24±0,48	□0,001
Профессиональная успешность	35,03±,85	38,50±,71	□0,001
Интегральный показатель СЭВ	5,74±0,29	4,47±0,15	□0,001

Данные таблицы 21 указывают на достоверное снижение проявлений эмоционального истощения, деперсонализации, редукции профессиональных достижений и интегрального показателя СЭВ в целом. Представленное наблюдение демонстрирует снижение проявлений синдрома эмоционального выгорания у специалистов в результате прохождения личной супервизии в группе в рамках обучающей модели, реализуемой на циклах последипломного обучения. Позитивный опыт применения модели обучающей супервизии Н.В. Александровой и М.Ю. Городновой способствовал дальнейшему поиску моделей супервизии в работе с разными специалистами наркологического стационара.

Анализ 30 стенограмм 60 часов супервизии позволил выявить преимущественные супервизионные интервенции данной модели (таблица 22).

Таблица 22 — Удельный вес супервизионных векторных интервенций в модели обучающей супервизии в группе Н.В. Александровой и М.Ю. Городновой (%)

фокус интервенция	Терапевтическая сессия	Стратегии интервенции	Терапевтические отношения	Процесс терапевта	Отношения с супервизором	Процесс супервизора	Широкий контекст	Итого
Предписание	8,8	6,9	0,9	2,2	0	0	0,1	18,9
Информирование	18,4	17,4	3,5	3,4	0,1	0,7	0	43,6
Конфронтация	2,2	3,1	2,0	2,0	2,8	0,1	0	12,3
Катарсическая	2,2	0,4	0,9	3,8	0,1	0	0,1	7,6
Каталитическая	2,3	0,6	0,9	5,7	0,1	0,1	0,3	0,1
Поддерживающая	1,8	2,2	0,4	2,6	0,4	0	0,1	7,6
Итого	35,7	30,6	8,6	19,7	3,7	1,0	0,7	100

Регистрационная таблица создана, опираясь на фокусы процессуальной модели супервизии П. Ховкинса и Р. Шохета (2002) и на выделенные ими супервизионные интервенции. Как видно из таблицы 22, преобладающее число интервенций это информирование и предписание, наименьшее — катарсических, побуждающих к самоисследованию. Преобладающий фокус — терапевтическая сессия, стратегии и интервенции и процесс психотерапевта. Малое количество интервенций, касающихся отношений с супервизором и процесса самого супервизора отражает отсутствие опоры на параллельные процессы в данной модели, что подвигло нас к разработке модели, задействовавшей данный ресурс, и определило второй этап работы.

Опираясь на полевую концепцию психологии лечебной среды, принимая во внимание необходимость командной работы в лечебной среде наркологического стационара, гештальт-подход для групп (Chidiac M-A., 2011) мы разработали модель супервизии для такой команды.

Теоретической базой для разработки модели послужил гештальт-подход, для которого процесс осознания является краеугольным камнем. По образному выражению У. Кемплера (2001) это процесс процессов — «механизм ориентирования человека в его земном бытие». В своей работе мы опирались на приобретенный опыт в двухлетней обучающей программе «Супервизия в

гештальт-терапии», под руководством магистра гештальт-психотерапевта R.E. Lomra члена EAGT (Европейская Ассоциация Гештальт-терапии) и NVAGT (Нидерландско-Фламандская Ассоциация Гештальт-терапии и Гештальт-теории), проводимой в рамках совместной инициативы институтом NSG (Нидерландское Общество Гештальта) Амстердам, Голландия и Интегративного Института Гештальт Тренинга Санкт-Петербург, Россия, и преподавания супервизии врачам-психотерапевтам и медицинским психологам (Городнова М.Ю., 2013).

Результаты исследования, выявившие тесные связи между проявлениями синдрома эмоционального выгорания и эмпатическими способностями специалиста, подвигли нас к следующему размышлению: в основе редукции профессиональных эмпатических способностей (эмпатические установки и умение создавать атмосферу доверия) лежит неосознанное «бесконтрольное» использование врожденных эмпатических способностей, рост которых сопровождается эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцией профессиональных достижений. Женщины в большей степени используют эмоциональный канал эмпатии (вчувствование и сопереживание), а мужчины — интуитивный канал. Потеря способности к идентификации сопровождается высокой степенью СЭВ. Именно поэтому развитие осознания является профилактирующим и корректирующим фактором.

Разработанная модель базировалась на следующих теоретических принципах:

- поведение участников есть функция поля (в данном случае под полем мы понимаем обучающую среду, поле группы), проявляющаяся исключительно при взаимодействии с Другим;
- параллельные процессы, возникающие в поле группы, отражают параллельные процессы диады терапевта — пациента/клиента;
- осознание процессов, протекающих здесь и сейчас, способствует лучшему осознанию процесса взаимодействия в профессиональной среде;
- супервизионный случай рассматривается как незавершенный процесс терапевта, связанный с клиентом, а супервизия — как обоюдное движение к

завершению этого процесса в ходе коммуникации с супервизором (Джойс Ф., Силлс Ш., 2010).

Повышение профессиональной компетентности и сохранение профессионального здоровья являются целью обучающей групповой модели супервизии. Данная цель достигается посредством следующих задач:

- ознакомление с теоретической основой и формами проведения супервизии;
- ознакомление с этиопатогенезом, клиникой и диагностикой синдрома эмоционального выгорания;
- ознакомление со структурой и этапами процесса контактирования с пациентом на примере психотерапевтического процесса;
- осознание собственных мотивов и потребностей при проведении психотерапии и иной работы с пациентами;
- осознание супервизируемым прерывания процесса рабочего взаимодействия с пациентом и их близкими;
- осознание собственных процессов (и противоположеносов), влияющих на прерывание контакта с пациентом и их близкими;
- осознание роли феноменологии в диагностике процесса контактирования и его срыве;
- осознание роли сопротивления пациента в сохранении необходимого для пациента способа организации контактирования с окружением и самим собой;
- осознание необходимости супервизии для успешной и эффективной профессиональной деятельности.

В ходе групповой супервизии участники приобретают навыки осознания собственных мотивов в выборе пациента/клиента и способа контактирования с ним, осознания срыва процесса контакта в отношениях с пациентом/клиентом их близкими, умения осознания, описания и использования собственной феноменологии в процессе контактирования, овладевают навыком «самосупервизии» и самодиагностики синдрома эмоционального выгорания.

Данная модель разработана для мультипрофессиональной команды специалистов наркологического учреждения и направлена, в том числе, на ее сплочение за счет взаимодействия и установления границ профессиональной компетенции и ответственности.

Препятствием для работы супервизионной группы для членов одной мультипрофессиональной команды стал страх специалистов перед оценкой и осуждением со стороны коллег, переживание отсутствия безопасности, страх самораскрытия, нежелание признаваться в ошибках, опасения быть некомпетентным в глазах персонала. Описанный феномен свидетельствует о ярком проявлении нарциссической уязвимости у специалистов и вновь подтверждает универсальность полевых процессов — низкий уровень доверия в лечебной среде наркологического стационара. Столкнувшись с сопротивлением специалистов, мы организовали работу супервизионной группы за пределами отделения. Группа включала специалистов разных отделений наркологического стационара и амбулаторных наркологических отделений.

Работа в группе проводилась двумя супервизорами (в ко-терапии с гештальт-терапевтом, ассистентом кафедры, к.п.н. И.Л. Коломиец). Были использованы следующие формы работы в группе: работа в парах, в малых группах, индивидуальная работа с супервизором в группе, групповая дискуссия, ролевые игры, гештальт-эксперимент. Особой формой стала работа в супервизионной тройке в «аквариуме» группы. Данный способ был заимствован супервизорами у ведущего супервизора Европейской ассоциации гештальт-терапевтов Р. Ломпа в ходе освоения у него в 2010–2012 гг. программы «Обучение супервизии». Этот способ позволяет оптимизировать работу участников, катализирует параллельные процессы в поле группы, которые активно использовались ведущими в содействии осознанию процессов терапевта в его профессиональном взаимодействии. Участникам «аквариума» предлагалось записывать наиболее значимые для них вопросы супервизоров, которые в дальнейшем использовались для создания индивидуального списка для самосупервизии.

Анализ записей супервизионных сессий позволил ранжировать их по числу откликов участников и интенсивности их переживаний, следующим образом:

- 1) переживание бесполезности своей работы с пациентом или его родственниками;
- 2) сильное желание помочь пациенту и переживание беспомощности;
- 3) отношения с коллегами, переживание изоляции и непонимания;
- 4) страх перед агрессией и неадекватностью пациента;
- 5) разделение ответственности за успех лечения;
- 6) вынесение собственной феноменологии и переживаний в работу с пациентом;
- 7) агрессия специалиста; границы специалиста и пациента.

Данная тематика точно раскрывает поле трудностей и проблем, с которыми сталкивается команда специалистов в работе с наркологическими пациентами, подчеркивает высокий риск эмоционального истощения, перехода к субъект-объектному стилю взаимодействия, разочарования в профессиональной деятельности.

В ходе апробации 40-часовой программы обучающей групповой супервизии у 12 участников группы было обнаружено достоверное снижение выраженности интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания (таблица 23).

Таблица 23 — Динамика средних показателей эмоционального выгорания 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	14,33±2,04	9,83±1,82	□0,05
Деперсонализация	10,42±0,91	7,24±0,48	□0,05
Профессиональная успешность	34,08±1,55	37,58±1,53	□0,05
Интегральный показатель СЭВ	5,58±0,42	4,67±0,33	□0,05

Данные таблицы 23 указывают на достоверное снижение выраженности интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания, отмечена тенденция к снижению выраженности всех его субшкал. Кроме того произошло

уменьшение числа специалистов, имеющих высокую и среднюю степень эмоционального выгорания с 10 до 4 специалистов, по окончании работы супервизионной группы 8 специалистов не имели признаков СЭВ.

Апробация разработанной модели показала ее возможности в профилактике профессиональной деформации и требовала дальнейшего изучения. Третий этап завершился разработкой и утверждением рабочей программы, учебно-тематического плана и учебного плана цикла тематического усовершенствования «Супервизия в наркологии». Для обеспечения учебно-методического комплекса разработано, утверждено и издано учебно-методическое пособие «Супервизия и самосупервизия врачей и психологов».

В структуру практических занятий входят следующие темы:

- 1) модели и процесс супервизии;
- 2) профессиональное здоровье помогающего специалиста;
- 3) синдром эмоционального выгорания: причины, проявления, диагностика;
- 4) мотивы и потребности специалиста в профессиональной деятельности;
- 5) структура и процесс контакта (рабочего процесса);
- 6) феноменология в процессе контакта;
- 7) контракт в супервизии; параллельные процессы в супервизии;
- 8) сопротивление в процессе контакта;
- 9) супервизия незавершенных процессов в рабочих отношениях;
- 10) сопротивление специалиста;
- 11) самосупервизия.

Для иллюстрации мы приводим алгоритм проведения одного из супервизионных занятий по разработанной модели (Приложение 11).

Ко времени завершения работы над диссертацией в работе супервизионных групп приняли участие 30 специалистов (21 женщина и 9 мужчин) (4 врача психиатра-нарколога, 3 психотерапевта, 15 психологов, 2 специалиста по социальной работе, 6 социальных работников). Средний возраст специалистов составил  $41,8 \pm 1,62$  года (от 25 до 56 лет), стаж работы по специальности —

9,0±1,19 года (от 1 до 20 лет), наименьший стаж был у социальных работников, которые в большинстве своем имели опыт выздоровления от зависимости и находились в ремиссии более 5 лет. Анализ и сравнение парных выборок по критерию Уилкоксона результатов опросника «Профессиональное выгорание» в начале и по завершении обучающей групповой супервизии убедительно показал саногенный потенциал модели (таблица 24).

Таблица 24 — Динамика средних показателей эмоционального выгорания участников супервизионной группы (M±m)

Показатели субшкал и интегральный показатель СЭВ	Исследование 1 (M±m)	Исследование 2 (M±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

Также произошло уменьшение числа специалистов, имеющих высокую степень СЭВ, что демонстрирует таблица 25.

Таблица 25— Удельный вес специалистов наркологического профиля с различной степенью эмоционального выгорания в начале и по завершении работы супервизионной группы

Степень СЭВ	Исследование 1 (%)	Исследование 2 (%)
Низкая	20	80
Средняя	50	20
Высокая	30	Нет
Очень высокая	нет	Нет

Для проверки саногенного потенциала модели мы сравнили результаты с результатами контрольной группы (30 чел.), созданной из специалистов наркологического стационара (5 социальных работников, 3 специалиста по социальной работе, 3 врача-психотерапевта, 4 психиатра-нарколога, 15 клинических психологов) не проходивших супервизию. Исследование проводилось в сроки проведения вечерней групповой супервизии, в начале и по завершению работы группы. Специалисты обеих групп работали в дневное время.

По профессиональному, половому, возрастному составу, стажу работы, выраженности СЭВ группы были однородны (таблица 26).

Таблица 26 — Сравнение средних значений возраста, стажа и показателей субшкал СЭВ в группах специалистов прошедших и не прошедших супервизию (M±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

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

Сравнение начальных и конечных результатов в контрольной группе по критерию Уилкоксона ( $p < 0,01$ ) показало достоверное нарастание эмоционального истощения и деперсонализации у специалистов, не принимавших участие в супервизии. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о саногенном потенциале супервизии в профилактике и коррекции СЭВ.

**Заключение.** Специалисты наркологического профиля находятся в среде риска формирования синдрома эмоционального выгорания, при этом более половины не имеют опыта прохождения супервизии. Им свойственно амбивалентное отношение к супервизии, что препятствует ее востребованности.

Разрыв между опасением супервизии и потребностью в ней требует активного внедрения такой формы профилактики в работу наркологических учреждений. Она также может быть реализована на циклах повышения квалификации в системе последипломного образования для специалистов помогающих профессий не только наркологического профиля.

В ходе приобретения супервизионного опыта происходит коррекция проявлений синдрома эмоционального выгорания, что подтверждает важность использования супервизии в его профилактике.

## ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

**Теоретическая концепция психологии лечебной среды.** Дополняя и развивая биопсихосоциальный подход, пытающийся преодолеть дуализм и причинно-следственный детерминизм с помощью циркулярной причинности и линейной аппроксимации (Боррел-Каррио Ф., Эпстайн Р.М., Сачмен Л., 2006), самоорганизации, нелинейной дискретности и фрактальности, свойственной синергетике (Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., 2006; Сидоров П.И., Новикова И.А., 2008; Кулаков С.А., 2009, Сидоров П.И., 2014.), теория поля фокусирует исследователя на взаимообусловленном процессе взаимодействия участников в ситуации многофакторной непредсказуемости. Постулируя невозможность прогнозирования развития событий, отказываясь от приоритета гипотез и делая шаг в сторону от парадигмы доказательной медицины, теория поля в гештальт-терапии обращается к необходимости признания факта того, что сам специалист становится главным инструментом в создании облегчающей среды. В фокусе внимания исследователя и практика находится способность специалиста к осознанному использованию своей феноменологии в создании ситуации, обеспечивающей максимальное приближение к актуальной потребности ее участников, осознание которой позволит сделать наиболее подходящий ситуации выбор. Специалист это включенный в ситуацию исследователь открытый новому опыту и готовый к риску неожиданности. Осознанное использование эмпатических способностей определяет возможность создания ситуации встречи, ведущей к новому опыту и изменениям. Низкая способность к осознанию ведет к эмоциональному выгоранию и потере субъект-субъектных отношений. Осознанность, интерес, эмпатия, интуиция, признание обоюдности конструирования ситуации и взаимовлияния, учащая

позиция исследователя и практика, уважение к праву выбора становятся необходимыми факторами лечебного взаимодействия.

В отличие от иерархической и динамической организации биологических, психологических и социальных групп факторов, свойственной биопсихосоциальной модели (Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., 2015), базирующейся на системном и синергетическом подходе, теория поля в гештальт-терапии подчеркивает непредсказуемую значимость фактора любой группы в разворачивающейся ситуации. Только дифференциация и индивидуация ситуации во взаимодействии определит значимый для нее фактор. Неопределенность, непредсказуемость, динамичность и изменчивость развития событий это то, что лежит в основе полевого мировоззрения.

Малое количество исследований, посвященных развитию ситуационного и/или полевого подхода и отсутствие релевантного языка его описания (Гришина Н.В., 2012), побудило нас использовать наиболее близкий нашему подходу язык экопсихологии и опираться на экологический, деятельностный и функциональный принципы, принятые в описании эколого-психологических исследований (Панов В.И., 2011).

Согласно экологическому принципу лечебная среда рассматривается как жизненная среда, которая предоставляет или препятствует возможности удовлетворения жизненных потребностей человека, что позволило нам выделить 5 уровней оказания мультипрофессиональной наркологической помощи пациентам и их родственникам, исходя из актуальной потребности пациента.

Пациенты 1 уровня это активные потребители ПАВ, удовлетворяющие актуальную потребность в употреблении, не нуждающиеся в наркологической помощи и обращающиеся в наркологический стационар для удовлетворения иных, не связанных с отказом от употребления, потребностей (предоставление еды и жилья, сохранение свободы, условий безопасного употребления и т.д.). Пациенты 2 уровня это активные потребители ПАВ, обратившиеся за

специализированной помощью, но без мотивации к отказу от употребления ПАВ. Их обращение в наркологическую службу связано с желанием облегчить страдания, обусловленные употреблением или уменьшить количество употребления ПАВ. Пациенты 3 уровня уже размышляют об отказе от употребления наркотиков и обращаются за многоплановой помощью. Однако их мотивация находится в стадии формирования и носит неустойчивый характер. Пациенты стараются сохранить профессиональный статус, социальные связи, соматическое здоровье. Пациенты, которые приняли решение прекратить употребление и сохранять трезвость относятся к 4 уровню. Как правило, это участники реабилитационных программ, которые ищут ответ на вопрос «Как сохранить трезвость?». Пациенты 5 уровня находятся в устойчивой ремиссии более 2–3 лет. Они имеют иные потребности, не связанные напрямую с проблемой употребления ПАВ. Как правило, они обращаются за психологической и психотерапевтической помощью в амбулаторную наркологическую службу.

Оказание полипрофессиональной помощи пациенту и его семье возможно на каждом уровне, и ее объем, форма и содержание будут определяться их актуальными неудовлетворенными потребностями. 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.

В соответствии с деятельностным принципом лечебная (а так же и учебная) среда предстает как пространство возможностей для овладения различными видами человеческой деятельности, определяющих социализацию и индивидуализацию человека. В нашем случае это учебная, профессиональная и реабилитационная деятельность. Овладение специалистами необходимыми профессиональными компетенциями в учебной и лечебной среде, а пациентами

необходимыми навыками в сохранении приверженности лечению и к лечебной среде.

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

Согласно 11 постулатам предложенной концепции психологии лечебной среды все действия участников лечебной среды представляют собой взаимообусловленный динамический процесс, порождаемый полем лечебной среды в ситуации встречи с Другим, или, иными словами, действия являются производными лечебной среды в ситуации многофакторной неопределенности. С этой позиции рассмотрены приверженность пациентов наркологического стационара, эмпатические способности участников лечебной среды, проявления синдрома эмоционального выгорания как фактора, обуславливающего редукцию субъект-субъектных отношений, лежащих в основе эффективной коммуникации и лечения. Представлены характеристики поля, обуславливающие облегчающую среду приближения к актуальной потребности ее участников и способствующие большей осознанности в выборе дальнейших действий. Выделены факторы среды, поддерживающие позитивный выбор пациента — приверженность стационарному лечению.

Предложенная нами теоретическая концепция психологии лечебной среды носит прикладной характер, вооружая специалиста наркологического профиля необходимым пониманием, принятием и уважением права выбора пациента в ситуации, когда имеются практически неразрешимые противоречия между ожиданиями пациента, специалиста и внешними заказчиками медицинской услуги. Признание непрерывной динамики процесса лечебного взаимодействия, его взаимообусловленного характера, многофакторной непредсказуемой средовой обусловленности, требует от специалиста осознания и принятия факта использования собственной личности в качестве инструмента лечебного взаимодействия. Его эффективность определяется осознанным использованием эмпатических способностей и поддержанием профессиональных навыков, что может быть осуществлено в системе непрерывного профессионального обучения.

Современные тенденции в последипломном обучении (Francke A.L., de Graaff F.M., 2012; MacDonald J., Ellis P.M., 2012), опирающиеся на теорию параллельных процессов разворачивающихся в поле учебной среды, открывают возможность корректировать эмпатические способности специалиста и проявления СЭВ в ходе обучения в системе дополнительного профессионального образования.

**Приверженность наркологических больных и критерии эффективности наркологического лечения.** Необходимым позитивным действием пациента для эффективного наркологического лечения является приверженность, ее особенности и способы формирования остаются в центре внимания современных исследований (Саранков Ю.А., 2005; Ерофеева М.Г., 2006; Дудко Т.Н., 2007; Миндубаев И.В., 2007; Бойко Е.О., 2008; Белокрылов И.В., 2008; Винникова М.А., 2009; Городнова М.Ю., 2004, 2008; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008; Зобин М.Л., 2009; Ялтонский В.М., 2009; Голощапов И.В., 2010; Кузнецов А.Г., 2010; Миназов Р.Д., 2010; Колпаков Я.В., 2011; Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов

А.Г. и соавт., 2013; Крупицкий Е.М., Nunes E. V., Ling W., и соавт., 2013; Тучин В.П., 2014).

Согласно определению ВОЗ, под «приверженностью» (adherence) понимают степень соответствия поведения пациента назначениям врача в отношении приема лекарственных препаратов и выполнения рекомендаций по питанию и образу жизни. В отечественной литературе все большее предпочтение отдается термину комплайнс (compliance), включающему в себя тип поведения, степень соответствия и степень целеустремленности пациента. В обоих случаях речь идет об итоговой характеристике. В своей работе мы не измеряем ни степень соответствия, ни соблюдение или следование лечебным предписаниям и под приверженностью, согласно выбранной теоретической концепции теории поля, понимаем растянутый во времени процесс пребывания в лечебной среде. Именно в лечебной среде создается возможность изменений, и длительность госпитализации рассматривалась нами как проявление приверженности, лежащей в основе позитивных изменений поведения пациента.

С нашей точки зрения приверженность представляет собой двухэтапный процесс, включающий в себя этап вовлечения пациента в систему оказания специализированной многоплановой помощи и этап удержания пациента в этой системе, благодаря чему возможно сформировать продолжительную ремиссию на основе отказа от употребления психоактивного вещества. Этап вовлечения пациента не предполагает обязательного отказа от употребления, и ориентирован на формирование доверия пациента к системе оказания помощи на основе признания его (пациента) актуальной потребности.

Низкая приверженность пациентов наркологического стационара обуславливает высокую долю их раннего преждевременного выбывания (54,4% к 10 дню госпитализации), что не позволяет достичь критерия эффективности лечения — «отказ от употребления психоактивного вещества». Учитывая

динамический процесс приверженности, следует рассматривать ее с позиции разных критериев эффективности лечения, соответствующих задачам уровней профилактики наркологических заболеваний. Приоритетной целью помощи в наркологии остается достижение полной (идеальная цель) или неполной ремиссии, повышающей качество жизни пациента при достижении максимально возможного уровня физического и психического здоровья. Этой точки зрения придерживаются Д.А. Автономов, А.Г. Савицкий и С.С. Сошников (2013). Понятие диверсифицированного терапевтического результата при оценке эффективности лечения больных опийной наркоманией предлагают ввести М.Л. Зобин (2008, 2009) и В.Д. Менделевич (2012).

Мы выделяем приверженность длительному лечению или реабилитации (формирование трезвости), что соответствует третичной профилактике наркологических заболеваний и приверженность к системе оказания наркологической мультидисциплинарной помощи, обеспечивающей поддержание качества жизни пациента (вторичная профилактика). В последнем случае лечебная среда наркологического стационара является для пациента средовым ресурсом, обеспечивающим поддержание и повышение удовлетворяющего его качества жизни. Приверженность длительному лечению отвечает критерию эффективности — становление трезвости, приверженность к системе оказания мультипрофессиональной помощи — критерию эффективности — повышение качества жизни. В первом случае количественным показателем будет длительность госпитализации, во втором — ее регулярность и частота в одно и то же отделение. Регулярные госпитализации являются показателем вовлечения пациента в лечебную среду, длительное лечение — показателем его удержания, что отражает динамику процесса приверженности лечению, обеспечивающего становление ремиссии.

С помощью множественного регрессионного анализа мы показали, что длительность пребывания в лечебной среде наркологического стационара, обеспечивающая становление трезвости, определяется длительностью предыдущих госпитализаций, а частота предыдущих госпитализаций снижает длительность настоящей госпитализации, но обеспечивает удовлетворяющее пациента качество жизни. Это позволило нам рассматривать регулярные краткосрочные госпитализации в определенное отделение, в среде которого постепенно формируется приверженность длительному лечению, как критерий эффективности оказания наркологической помощи, соответствующий вторичной профилактике.

Исследование средовых факторов, определяющих выбор пациента оставаться приверженным отделению, показал, что при выборе отделения пациенты доверяют своему опыту и опыту друзей, а привлекательность отделения определяется квалификацией и доброжелательностью персонала, а также наличием реабилитационной программы в отделении. Более одной трети пациентов (38,3%) отмечают значимость отношений в отделении в своем выборе оставаться в лечебной среде. На начальном этапе госпитализации наиболее значимы отношения с врачом, с продолжительностью лечения растет значимость отношений с социальным работником. Таким образом, именно взаимоотношения с врачом в большей степени лежат в основе приверженности к системе оказания мультидисциплинарной помощи, взаимоотношения с социальным работником в основе приверженности к долгосрочному лечению. Почти одна треть пациентов в своем выборе ориентированы на себя и не принимают поддержку окружения. Ни причины госпитализации, ни ожидания от нее, ни планы пациентов после выписки из отделения не определяют длительность пребывания в стационаре.

**Исследование симптоматического, функционального статуса и качества жизни пациентов с опиоидной наркоманией в условиях**

**наркологического стационара.** Самооценка качества жизни пациентов в целом удовлетворительна: мужчины с опиоидной зависимостью оценивают свое физическое состояние значимо выше, чем мужчины в популяции, но их психическое здоровье, жизненная активность и эмоциональное состояние значимо ниже.

Пациентам с однократной госпитализацией за год свойственны самые низкие показатели по шкале «физическое функционирование», с увеличением количества госпитализаций восстанавливается физическое состояние и повышается качество жизни, несмотря на наркотизацию. Значимая динамика нарастания шкал качества жизни происходит только после месячного пребывания в лечебной среде, что не согласуется с исследованиями А.Ю. Ненастьева (2007), показавшей улучшение показателей качества жизни пациентов с опиоидной зависимостью по шкалам «жизненная активность» и «психическое здоровье» за трёхнедельный курс лечения в стационаре, и данными Е.О. Бойко (2009), доказавшей достоверное улучшение показателя «жизненная активность» уже к 10 дню лечения в стационарных условиях. Расхождение результатов объясняется дизайном исследования, названные авторы приводят данные полученные на связанной выборке, их результаты еще в большей степени поддерживают идею рассматривать эффективность стационарного наркологического лечения с точки зрения критерия «улучшение качества жизни пациента».

Достоверное снижение показателей, отражающих рискованное поведение пациента, происходит, начиная с третьей недели пребывания в отделении, а ретроспективная самооценка криминальной активности достоверно снижается лишь через один месяц.

Пациенты с однократной госпитализацией за год имеют дефицит общения с близкими, что свидетельствует об истощении социальной поддержки, доказанной работой многих авторов (Городнова М.Ю., 2007; 2010; Шишкова А.М., 2009;

Зобин М.Л., 2009; Брыжахина Ж.Д., 2010; Баранок Н.В., 2013 и др.). Данный дефицит в совокупности с низкими показателями физического функционирования способствует их обращению в стационар. С увеличением количества госпитализаций нарастает интенсивность общения, а с продолжительностью настоящей госпитализации снижается интенсивность контактов с родными и близкими, но меняется его качество, а именно, постепенно уменьшается конфликтность в отношениях с ними.

Повторные госпитализации в наркологическое отделение сопровождаются высоким количеством дней, когда пациент формально мог считать себя безработным, что может быть признаком стремления к сохранению профессионального статуса, поддерживающего качество жизни.

Отсутствие госпитализаций в наркологический стационар определяется удовлетворяющим пациента качеством жизни. При истощении средовой поддержки и ухудшении физического функционирования пациент обращается за специализированной наркологической помощью, как правило, это пациенты второго уровня (согласно нашей классификации), стремящиеся снизить последствия употребления наркотика. Повторные госпитализации способствуют восстановлению общения с близкими, улучшают физическое функционирование, позволяют сохранять профессиональный статус, что в конечном итоге улучшает качество жизни пациента без отказа от употребления наркотика.

Тяжелое соматическое состояние пациента не является определяющим фактором долгосрочного лечения, только низкое ролевое функционирование пациента содействует его выбору долгосрочного лечения (реабилитации). В ходе его меняется качество общения с близкими, появляется осознанное отношение к своему состоянию и реальная самооценка, способствующая поддержанию трезвости и достоверному улучшению качества жизни спустя один месяц с начала госпитализации.

**Синдром эмоционального выгорания у сотрудников наркологического стационара.** Удовлетворенность своей работой и оценка ее эффективности тесно связаны с проявлениями синдрома эмоционального выгорания (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2009; Петрова Е.В., Семенова Н.В., Алехин А.Н., 2011). Наряду с этим психологическая устойчивость и поддержка коллектива являются значимыми профилактическими факторами для врачей-психиатров в отношении СЭВ (Kumar S., 2007; Bressi C et al, 2009; Kamrowska A, Kamrowski C., 2010). Ряд работ, свидетельствуют, что, несмотря на наличие признаков выгорания и депрессии, врачи-психиатры могут продолжать получать удовольствие от работы (Prosser D., 1996; Rey J.M., Walter G., 2004), что, по мнению Е.Е. Пахтусовой (2015), объясняется пассионарностью и преданностью своему делу.

Результаты нашего исследования согласуются с представленными выше наблюдениями. С одной стороны, только 10,5% сотрудников наркологического стационара не имеют признаков СЭВ, при этом его распространенность не зависит от образования и должности. Специалисты отделений «первой помощи» имеют самые высокие значения эмоционального истощения и деперсонализации и являются наиболее «выгоревшими». Работа в реабилитационном отделении в большей степени способствует сохранению психического здоровья, сотрудники этих отделений являются наименее «выгоревшими». Деперсонализация, лежащая в основе редукции субъект-субъектных отношений, является ведущей шкалой СЭВ у персонала всех отделений. При этом сотрудники наркологических отделений в целом высоко оценивают удовлетворенность своей работой и эффективность оказания наркологической помощи в стационаре. Чем более удовлетворен своей работой специалист, тем выше он оценивает результаты своей работы — эффективность оказания наркологической помощи больным, тем ниже значения эмоционального истощения и деперсонализации. Наименее удовлетворены своей работой специалисты с высшим образованием. Чем дольше

работает сотрудник в наркологическом отделении, тем ниже его удовлетворенность работой и ниже оценка ее эффективности.

**Исследование полевых характеристик лечебной среды.** В ходе нашего исследования выделены и описаны полевые характеристики лечебной среды, облегчающие или затрудняющие позитивный выбор его участников: установки, ожидания, эмпатическая насыщенность. Лечебная среда наркологического стационара преимущественно насыщена негативным когнитивным отношением к пациенту и его окружению, но эмоциональная поддержка и проявление сочувствия к пациенту со стороны сотрудников преобладают над его (пациента) эмоциональным отвержением. Отрицательная когнитивная оценка действий пациента и сопереживание ему, при позитивной оценке своего труда и преобладании негативных переживаний на рабочем месте нарастает с продолжительностью работы, что служит негативным контекстом снижения приверженности пациентов и представляет угрозу психическому здоровью персонала наркологического учреждения.

Причину наркоманического поведения сотрудники преимущественно видят в нежелании пациента изменять его, менее одной трети специалистов усматривают причину в патогенезе самого заболевания, что указывает на игнорирование этиопатогенеза наркомании и согласуется с исследованиями В.Д. Менделевича (2011), показавшего, что российские наркологи не признают больных наркоманией больными в полном смысле этого термина. Отрицательная оценка лечения как причины негативных событий в отделении почти в два раза преобладает над позитивной трактовкой результатов лечения.

Лечебная среда наркологического стационара характеризуется завышенными ожиданиями результата лечения, несоответствующими прогнозу и течению наркологического заболевания, преобладающим критерием эффективности остается критерий отказа от употребления психоактивных

веществ. Более реалистичные ожидания свойственны пациентам, ориентированным в большей степени, чем специалисты на критерии улучшения качества жизни (улучшение физического состояния, восстановление профессионального статуса и отношений с близкими). Следует отметить, что пациенты, заинтересованные в сохранении работы, дольше остаются в лечебной среде. Специалисты противопоставляют критерий эффективности лечения — улучшение качества жизни пациента критерию полного отказа от употребления ПАВ, что обуславливает их уязвимость в ситуации низкой эффективности лечения в соответствии с критерием полного отказа от употребления ПАВ. Наличие критерия отказа от употребления наркотика у пациентов в первые недели пребывания в стационаре носит формальный характер и не обуславливает их выбор остаться в реабилитационном отделении. Несоответствие ожиданий пациентов и специалистов отражает общую тенденцию в психиатрии: врачи ориентированы на улучшение клинического состояния больного, в то время когда больные ожидают улучшения качества жизни — улучшение субъективного восприятия своего функционирования (Захаров Н.Б., 2015).

Лечебная среда наркологического отделения характеризуется конфликтностью и низкой степенью доверия между всеми ее участниками, а эмпатическое поле лечебной среды отличается низкой насыщенностью, средний уровень эмпатии всех участников лечебной среды относится к заниженному уровню. Низкая эмпатическая насыщенность снижает привлекательность лечебной среды наркологического стационара, что подтверждается рядом исследований, посвященных обусловленности эмпатии в обеспечении качества контакта и приверженности лечению в наркологической и психиатрической практике (Миндубаев И.В., 2007; Козленко Е.А., 2010; Баракат Н.В., 2011; Болучевская В.В., Павлюкова А.И., 2011; Болучевская В.В., Будников М.Ю., 2012). Низкие значения уровня эмпатии у пациентов согласуются с данными Н.И.

Зенцовой (2009), показавшей, что выборочно демонстрируемое сопереживание больных является псевдоэмпатийным.

Вслед за В.Д. Бекреневым (2008) и И.А. Дементьевым (2013) мы рассматриваем эмпатию как способность. Для нас эмпатия как совокупность эмпатических способностей является динамической взаимосвязанной структурой, представленной врожденными (интуиция и вчувствование), рано приобретенными (спонтанный интерес к Другому и идентификация) и формирующимися в течение жизни более поздно приобретенными (эмпатические установки и способность создавать атмосферу доверия) способностями. В своих эмпатических способностях пациенты в большей степени опираются на врожденные, а сотрудники — на более поздно приобретенные эмпатические способности. Более активное использование врожденных и рано приобретенных эмпатических способностей свойственно сотрудникам со средним (оптимальным) уровнем эмпатии.

Пациенты в эмпатических способностях больше опираются на интуицию и спонтанный интерес к Другому, персонал — на профессиональные навыки, используя установки, способствующие действию всех эмпатических каналов и проникающую способность. Спонтанный интерес к Другому, являющийся необходимым базовым навыком помогающего специалиста, значимо выше представлен у пациентов.

Эмпатические способности одинаковы у сотрудников разных отделений и разного профессионального статуса. Длительность заболевания и возраст не связаны с эмпатическими способностями пациента, у специалиста с возрастом происходит снижение уровня эмпатии за счет уменьшения спонтанного интереса к другому человеку, способности стать на его место и увидеть мир его глазами, редукции установок, способствующих действию всех эмпатических каналов.

Пребывание в дефицитарной эмпатической среде приводит к редукции эмпатических способностей у всех ее участников. За время госпитализации у пациентов снижается общий уровень эмпатии за счет падения интуиции, способности взглянуть на мир глазами другого человека и спонтанного интереса к нему. У специалистов с увеличением стажа работы в наркологии эмпатия снижается за счет редукции эмпатических установок.

Исходя из полевой концепции лечебной среды, только с помощью эмпатии можно создать облегчающую среду для приближения к осознанию собственных потребностей ее участников, а значит к более осознанному выбору дальнейшего действия (или бездействия) в соответствии с осознаваемой потребностью (Робин Ж-М., 2008, 2014). Поэтому дефицит эмпатического поля требует специальных мероприятий по коррекции и формированию эмпатических навыков и способностей, как у сотрудников, так и у пациентов. Такими мероприятиями могут быть супервизия для специалистов и тренинг эмпатических способностей — для пациентов.

**Возможности обучающей среды в коррекции эмпатических способностей и синдрома эмоционального выгорания у специалистов психиатрического профиля.** Опираясь на теорию параллельных процессов, мы рассматривали обучающую среду как способствующую коррекции и развитию эмпатических способностей специалиста психиатрического профиля, важного профессионального навыка помогающего специалиста. Специалисты психиатрического профиля имеют преимущественно заниженный и средний уровень эмпатии, и в ходе обучения происходит ее нарастание (у мужчин за счет развития спонтанного интереса к Другому, а у женщин — за счет интуитивных способностей и идентификации), то есть за счет рано приобретенных и врожденных эмпатических способностей. Представителям разных

психотерапевтических направлений свойственна опора на разные эмпатические способности.

Эмпатические способности являются гендерно обусловленной динамической структурой и меняются в результате действия факторов обучающей среды: участие в группах личностного роста и опыт личной супервизии позволяет корректировать уровень эмпатии, развивая способность к идентификации и эмпатические установки в первом случае, проникающую способность и интуицию — во втором. Учет теории параллельных процессов позволяет использовать стиль взаимодействия в обучающей среде преподаватель-слушатель для развития рационального канала эмпатии.

Изучение актуального психического состояние слушателей и его динамики в ходе обучения показало его благоприятный характер. Тенденция к снижению самочувствия, активности и настроения у ряда специалистов и достоверно нарастающая агрессивность отражает реакцию усталости тех слушателей, кто совмещал обучение и работу.

Исследование профессиональных качеств психотерапевта показало их наибольшую представленность у врачей-психотерапевтов и психологов, наименьшую — у психиатров. В ходе обучения в большей степени происходит коррекция навыков установления контакта с пациентом и его близкими. Профессиональные навыки и личностные ресурсы в работе с пациентом остаются на прежнем уровне. Падение величины показателя «Я как профессионал» в группе психиатров свидетельствует о большей осознанности в плане неиспользованных ресурсов в контакте с пациентом.

Преобладающее число специалистов психиатрического профиля имеют СЭВ различной степени выраженности с ведущей шкалой деперсонализация, что согласуется с многочисленными исследованиями (Малыгин В.Л. и соавт., 2011; Петрова Е.В., 2011; Фоминых Е.П., 2011; Боева А.В. и соавт., 2013; Козин В.А.,

Агибалова Т.В., 2014; Пахтусова Е.Е., 2015; Lasalvia A et al, 2009, и др.). Специалистам, затруднившимся с профессиональной идентификацией, свойственно более выраженное эмоциональное истощение, что совпадает с данными И.Ю. Маргошиной (2008), доказавшей, что профессиональная идентификация врача-психотерапевта и психолога во взаимодействии с клиентом редуцирует симптоматику СЭВ.

Мы представляем себе динамику развития СЭВ следующим образом: при отсутствии СЭВ низкие значения деперсонализации сопутствуют низким значениям эмоционального истощения, рост деперсонализации сначала компенсируется профессиональной успешностью, которая в свою очередь сопровождается ростом эмоционального истощения. При истощении этого ресурса вновь растет деперсонализация. В конце концов, рост деперсонализации перестает компенсироваться профессиональной успешностью и происходит потеря всех внутренних связей структуры СЭВ. Опираясь на доказанные Л.Н. Молчановой (2012) одинаковые тенденции и закономерности структурно-динамических изменений состояния психического выгорания в его различных фазах у специалистов социономических профессий, а также на наблюдения S. Kumar, P. Sinha, G. Dutu (2013), показавшим, что с течением времени деперсонализация и редукция профессиональных обязанностей у психиатров нарастают быстрее, чем уровень эмоционального истощения, который достигает своего пика в момент формирования СЭВ, можно рассматривать обнаруженные нами закономерности динамики СЭВ как универсальные в развитии данного синдрома у специалистов психиатрического профиля. И обязательно учитывать это в планировании и разработке мероприятий по профилактике и коррекции СЭВ.

Подобно наблюдению О.Ю. Смирновой и А.В. Худякова (2011), обнаруживших разную динамику развития СЭВ у медицинских сестер в ходе

последипломного обучения, мы обнаружили достоверное увеличение среднего значения деперсонализации, сопровождающееся повышением агрессивности и тенденцией к снижению самочувствия, активности и настроения у слушателей, обучающихся на циклах последипломного образования. Корректирующий эффект учебного процесса проявляется у специалистов с изначально высокими значениями шкал СЭВ, именно у них отмечены достоверно более низкие значения по шкалам деперсонализации (женщины) и эмоциональное истощение (мужчины и женщины) в конце обучения.

Выраженность синдрома эмоционального выгорания обратно пропорциональна совокупному показателю методики «Портрет психотерапевта», отражающему интегративную характеристику профессиональных качеств специалиста. Эмоциональное истощение в большей степени связано с профессиональными умениями, деперсонализация с особенностями взаимоотношений с клиентом, а профессиональная успешность с личными качествами специалиста и его профессиональными умениями. Приобретение и совершенствование профессиональных качеств психотерапевта может быть рассмотрено как профилактика эмоционального истощения и деперсонализации специалиста. Утрата навыков взаимодействия с клиентом идет параллельно росту деперсонализации.

Опыт личной супервизии и участие в группах личностного роста редуцируют деперсонализацию, а профессиональная успешность поддерживается участием в группах супервизии, что подтверждает важность использования супервизии в профилактике и коррекции СЭВ (Кулаков С.А., 2004; Лукьянов В.В., Игумнов С.А., 2007; Власова О.А., 2010; Эйдемиллер Э.Г., Тарабанова В.А., 2010; Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2011; Винокур В.А., 2013; Firth-Cozens J., 2007; Livni D., Crowe T.P., Gonsalvez C.J., 2012).

Для разработки корректирующих мероприятий необходимо понимание структурно-динамического изменения синдрома эмоционального выгорания и его связи с эмпатическими способностями, имеющими гендерный характер.

1. Начальный уровень эмоционального истощения определяет его текущий уровень и текущий уровень деперсонализации у специалистов обоего пола. Деперсонализация и эмоциональное истощение имеют тесную взаимосвязь и определяют друг друга. Конечные значения профессиональной успешности определяются ее начальным уровнем. У женщин текущая деперсонализация определяется начальными уровнями деперсонализации и профессиональной успешности, а редукция профессиональных достижений идет параллельно росту уровней деперсонализации и эмоционального истощения. У мужчин рост эмоционального истощения и снижение деперсонализации определяет редукцию профессиональных достижений.

2. Эмоциональное истощение у женщин определяется эмоциональным каналом. Нарастание деперсонализации у женщин сопровождается ростом спонтанного интереса к Другому, установок и интуиции на фоне снижения способности создавать доверительную атмосферу и входить в эмоциональный резонанс, в дальнейшем снижается способность к идентификации, имеющей прямую взаимосвязь с установками, способствующими эмпатии и проникающей способностью, но при этом продолжает расти интуиция. Высокая степень редукции профессиональных достижений у женщин сопровождается параллельным снижением установок, облегчающих действие всех эмпатических каналов, и способности сопереживать.

3. Эмоциональное истощение у мужчин определяется интуитивным каналом и способностью к идентификации. Рост деперсонализации и эмоционального истощения сопровождается параллельным снижением вчувствования и эмпатических установок, что в дальнейшем сопровождается

ростом способности к идентификации при одновременном снижении умения создавать доверительную атмосферу. Редукции профессиональных достижений сопутствует рост интуиции.

На основании полученных результатов выделены факторы риска развития и профилактики синдрома эмоционального выгорания.

1. Высокий спонтанный интерес к бытию Другого у женщин в сочетании с низкой проникающей способностью и малым количеством эмпатических установок является фактором риска развития деперсонализации, а чрезмерная способность входить в эмоциональный резонанс — фактором риска формирования эмоционального истощения и редукции профессиональных достижений.

2. Высокие значения эмпатии и идентификации у мужчин являются факторами риска развития эмоционального истощения, но способствуют редукции деперсонализации. Чрезмерное использование интуитивных способностей определяет риск редукции профессиональных достижений, а в сочетании с идентификацией — риск эмоционального истощения.

3. Развитие эмпатических установок у женщин является профилактикой эмоционального истощения и деперсонализации, способности к идентификации — редукции профессиональных достижений, проникающей способности — деперсонализации.

4. Развитие проникающей способности и рационального канала у мужчин ведет к профессиональной успешности.

Однозначным фактором риска развития синдрома эмоционального выгорания у женщин является чрезмерное использование эмоционального канала эмпатии, а развитие эмпатических установок и способности к идентификации фактором его профилактики. Развитие проникающей способности лежит в основе профилактики синдрома эмоционального выгорания у специалистов обоего пола.

Способность к идентификации и высокая эмпатия у мужчин способствует эмоциональному истощению, но редуцирует деперсонализацию. Рост интуиции у мужчин параллелен нарастанию СЭВ.

Структура и динамика СЭВ и его взаимосвязь с эмпатическими способностями женщин-слушателей отличается большей вариабельностью и связанностью, чем у мужчин. Появление и нарастание отрицательных связей между каналами эмпатии характерно для средних, высоких и очень высоких степеней СЭВ.

Динамика развития синдрома эмоционального выгорания у мужчин и женщин сопровождается динамикой перераспределения эмпатических способностей, замещающих друг друга. Специалисты с низкой степенью СЭВ имеют достоверно большие способности создавать атмосферу доверия. Редукция поздних приобретенных эмпатических способностей приводит к росту использования врожденных и рано приобретенных. Высокая степень СЭВ сопровождается использованием врожденных эмпатических способностей: женщины чаще используют способность к вчувствованию, мужчины — интуицию, способность к идентификации значимо снижается.

Важным итогом исследования является признание необходимости развития приобретенных эмпатических способностей, для коррекции СЭВ, навыка осознанного использования врожденных эмпатических способностей, развития и коррекции рано приобретенных способностей к идентификации и спонтанного интереса к Другому. Коррекцию СЭВ необходимо начинать с коррекции эмоционального истощения, тесно связанного с деперсонализацией, что требует от специалистов-женщин большей осознанности к вчувствованию и сопереживанию, а от специалистов-мужчин способности сохранять собственные границы при идентификации с другим, только затем целесообразно переходить к коррекции и развитию эмпатических установок и проникающей способности.

Низкий охват специалистов наркологического и психиатрического профиля супервизионной практикой, разрыв между страхом супервизии и потребностью в ней требует активного внедрения такой формы профилактики СЭВ в работу наркологических учреждений, а также может быть реализовано посредством циклов тематического обучения последипломного образования.

Разработанная нами в соответствии с идентифицированными патогенетическими механизмами развития СЭВ модель обучающей групповой супервизии способствует осознанию специалистами врожденных и рано приобретенных эмпатических способностей и приводит к обратной динамике развития СЭВ. Апробация модели показала ее потенциал в профилактике профессиональной деформации — проявлений СЭВ.

Дальнейшее развитие полевой концепции и использование ее в изучении лечебной среды позволит идентифицировать факторы, облегчающие приближение к актуальной потребности ее участников, обеспечивая осознанный выбор и действие в соответствии с ней. Перспективным является изучение факторов лечебной среды, определяющих редукцию эмпатических способностей ее участников, для разработки мероприятий по их коррекции восстановлению эмпатической насыщенности лечебной среды. Требуется дальнейшее развитие методологии процессуальной парадигмы, разработка релевантного языка описания полевых процессов. Отход от парадигмы доказательной медицины требует поиска иных критериев, доказывающих эффективность того или иного вмешательства в лечебную среду. Множество открытых вопросов обнаруживают новые возможности развития биопсихосоциального подхода на основе теории поля в гештальт-терапии, делающей первые шаги в академической психологической науке.

## ВЫВОДЫ

1. Самооценка физического здоровья у пациентов с опиоидной наркоманией значительно выше, а психического — значительно ниже, чем у мужчин в популяции. 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 и 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 неоднозначную 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 ( $p \leq 0,001$ ) 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 тоже 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 ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

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

ВР – интенсивность боли

ГН – общее состояние здоровья

МН – психическое здоровье

РФ – физическое функционирование,

RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием

RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием

SF – социальное функционирование

VT – жизненная активность

### СПИСОК ТЕРМИНОВ

Врожденные эмпатические способности: эмоциональный и интуитивный канал эмпатии.

Деперсонализация (или цинизм): дегуманизация отношений с пациентами, циничное отношение к труду и объектам своего труда, десубъективизация другого.

Деятельностный принцип: лечебная (учебная) среда предстает как пространство возможностей для овладения различными видами человеческой деятельности, необходимых для социализации и индивидуализации человека: учебной, профессиональной, реабилитационной.

Жизненная активность (Vitality – VT): субъективное ощущение себя полным сил и энергии.

Идентификация: способность понять другого на основе постановки себя на место партнера, способности взглянуть на мир его глазами.

Интенсивность боли (Bodily pain - BP): интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью

Интуитивный канал эмпатии: способность респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании.

Общее состояние здоровья (General Health – GH): оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

Параллельный процесс: присутствующая внутри системы тенденция возникновения аналогичных друг другу форм, распространяющаяся как снизу (от клиента), так и сверху (от супервизора).

Поздно приобретенные эмпатические способности: эмпатические установки и проникающая способность.

Поле в гештальт-терапии: поле опыта, полный эстетики динамический процесс, направленный на будущее и постоянно находящийся в становлении.

Приверженность: производная лечебной среды, полевой динамический процесс, порождаемый от ситуации к ситуации диалогическим взаимодействием с Другим.

Проникающая способность: способность, позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности и задушевности.

Психическое здоровье (Mental Health – МН): характеристика настроения наличия депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Рано приобретенные эмпатические способности: способность к идентификации и спонтанному интересу к Другому в силу его бытия.

Рациональный канал эмпатии: способность проявлять спонтанный интерес к Другому, направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на другого человека.

Редукция профессиональных достижений: переживание некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание безуспешности лечения.

Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP): влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE): степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности.

Синдром эмоционального выгорания согласно теории поля: взаимообусловленный динамический процесс, порождаемый в ситуации взаимодействия с Другим лечебной средой, меняющийся от ситуации к ситуации и отражающий профессиональное здоровье/нездоровье специалиста.

Синдром эмоционального выгорания: защитная реакция личности в ответ на профессиональный стресс, имеющий, согласно модели К. Маслач и С. Джексона, проявления в виде эмоционального истощения, деперсонализации (или цинизма), редукции профессиональных достижений.

Ситуация: понятие, говорящее о поле, это часть среды, в которой находятся действующие лица и, которую они определяют с помощью схем индивидуализации, при этом они не в состоянии дать объективное знание о ней или полностью определить ее в содержании своих высказываниях. Действие определяется ситуацией, когда интенция теряет всякое значение, потребности узнаются в ситуации, конструируется ощущение себя, что подтверждает явление, сделавшего действие возможным.

Социальное функционирование (Social Functioning - SF): степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность.

Физическое функционирование (Physical Functioning - PF): степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок.

Функциональный принцип: лечебная среда рассматривается из той функциональной роли, которую она играет в качестве компонента системы «человек — окружающая среда»: фактор, демонстрирующий средовое воздействие на психику человека; как условие осуществления жизнедеятельности человека и средовые возможности удовлетворения его потребностей; как объект профессиональной деятельности.

Экологический принцип: лечебная среда рассматривается как жизненная среда, представляющая возможность (или препятствующая) удовлетворению жизненных потребностей человека.

Эмоциональное истощение: усталость, сопровождаемая эмоциональной опустошенностью, равнодушием или переживанием эмоционального перенасыщения.

Эмоциональный канал эмпатии: способность входить в эмоциональный резонанс с окружающими: сопереживать, соучаствовать.

Эмпатические установки: установки, способствующие эмпатии.

Эмпатия: процесс понимания и отклика на переживания другого, основанного на сопереживании и ориентации на внутренние феноменологические перспективы Другого, установка, навык, и способ бытия с клиентом/пациентом.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абабков, В. А. Основные проблемы современной медицинской психологии. Предисловие. – Вестник СПбГУ. – 2012, Сер. 12, вып. 2, . – С. 5–6.
2. Абабков, В. А. Эмоциональные и когнитивные компоненты психологических вмешательств: теория. – В кн.: Психология образования в современном мире. Ананьевские чтения – 2012. Материалы научной конф. – СПб.: СПбГУ. – 2012. – С. 276–278.
3. Аборина, М. В. Индивидуально-психологические особенности менеджеров в зависимости от типа взаимодействия с клиентом / М. В. Аборина // Экопсихологические исследования – 2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития / под ред. В. И. Панова. – М.: УРАО «Психологический институт»; СПб.: Нестор-История, 2011. – С. 248–261.
4. Абрамова, Ю. Г. Психология среды: источники и направления развития / Ю. Г. Абрамова // Дифференциальная психология: хрестоматия / сост. С. К. Нартова-Бочавер. – М.: Алвиан, 2008. – С. 84–92.
5. Абульханова, К. А. Психосоциальный и субъектный подходы к исследованию личности в условиях социальных изменений / К. А. Абульханова, М. И. Воловикова // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 5. – С. 5–14.
6. Авагимян, А. А. Балинтовская группа как инструмент профессионального становления психолога, психотерапевта на всех этапах / А. А. Авагимян // Реабилитация и профилактика – 2013: материалы науч.-практ. конф. с международным участием в Первом МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, 26-27 сентября 2013 г. – М., 2013. – С. 43–47.

7. Автономов Д. А. Наркология. Критерии эффективности / Д. А. Автономов, А. Г. Савицкий, С. С. Сошников; под общ. ред. О. В. Зыкова. – М: РБФ НАН, 2013. – 236 с. – (Серия «Правовая наркология». Выпуск 6).

8. Агибалова, Т. В. Алкогольная зависимость и нарушения психической адаптации (использование инъекционной формы налтрексона пролонгированного действия) / Т. В. Агибалова, О. В. Рычкова, А. Г. Кузнецов и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 6, вып. 2.: Алкоголизм. – С. 63–68.

9. Агибалова, Т. В. Анализ эффективности отдаленных результатов лечения больных алкогольной зависимостью в региональных целевых программах. Медицинские и социальные аспекты / Т. В. Агибалова, О. В. Недобыльский, Д. А. Любченко и др. // Наркология. – 2014. – № 5 (149). – С. 69–74.

10. Агибалова, Т. В. Комплаенс-психотерапия больных с алкогольной зависимостью / Т. В. Агибалова, И. В. Голощапов, О. В. Рычкова // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 58–64.

11. Агибалова, Т. В. Оценка эффективности применения альянс-центрированной психотерапии в процессе стационарного лечения больных с опиоидной наркоманией / Т. В. Агибалова, В. П. Тучин // Вопросы наркологии. – 2013. – № 6. – С. 161–175.

12. Агибалова, Т. В. Согласие на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход / Т. В. Агибалова, И. В. Голощапов, О. В. Рычкова // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 91–94.

13. Айзенк, Г. Методика диагностики самооценки психических состояний / Г. Айзенк // Практическая психодиагностика: учебное пособие / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – С. 141–142.

14. Александрова, Н. В. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе: учебное пособие для врачей и психологов / Н. В. Александрова, М. Ю. Городнова, Э. Г. Эйдемиллер. – СПб.: Речь, 2010. – С. 113–180.

15. Александрова, Н. В. Модель обучающей супервизии в практике последипломной подготовки детского психиатра / Н. В. Александрова, М. Ю.

Городнова // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике: материалы науч.-практ. конф. – СПб., 2010. – С. 13–18.

16.Александрова, Н. В. Проблемы супервизии в детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии психиатра / Н. В. Александрова, М. Ю. Городнова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: материалы всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием, Москва, 24–25 ноября, 2011г. – М., 2011. – С. 207–214.

17.Алексеева, Л. Л. Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Алексеева Лариса Леонидовна. – СПб., 2002. – 22 с.

18.Аленинская, О. А. Психолого-акмеологические условия развития гуманистической концепции пациента у врача: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.0013 / Аленинская Ольга Андреевна. – Тамбов, 2008. – 26 с.

19.Алтынбекова, Г. И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Алтынбекова Гульнара Ивановна. – Томск, 2005. – 23 с.

20.Амирджанова, В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев, Н. И. Коршунов и др. // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.

21.Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – 339 с.

22.Андронов, В. П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача / В. П. Андронов // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 88–95.

23.Арутюнов, А. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21; 14.00.13 / Арутюнов Арменак Валерьевич. – М., 2004. – 25 с.

24.Аршинов, В. И. Синергетика и методология постнеклассической науки / В. И. Аршинов // Философия науки. – Вып. 8: Синергетика человекомерной реальности. – М., 2002. – С. 14–37.

25.Аршинов, В. И. Синергетика как феномен постнеклассической науки / В. И. Аршинов. – М.: ИФ РАН, 1999. – 114с.

26.Ахмедзянова, А. Э. Актуализация эмпатии личности средствами кинотренинга (на примере студентов гуманитарного профиля): автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Ахмедзянова Айгуль Эльвировна. – Казань, 2011. – 26 с.

27.Бабин, С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Бабин Сергей Михайлович. – Санкт-Петербург, 2006. – 55 с.

28.Бабин, С. М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии) / С. М. Бабин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – № 2. – С. 17–18

29.Балахонов, А. В. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат // Вестник СПбГУ, Сер. 11. – 2009. – Вып. 3 – С. 57–72.

30.Барабанщиков, В. А. Принцип системности в современной психологии: основания, проблемы, тенденции развития / В. А. Барабанщиков // Идея системности в современной психологии / под ред. В. А. Барабанщикова. – М.: Ин-т психологии РАН, 2005. – С. 9–47.

31.Барабанщиков, В. А. Принцип системности и современная психология / В. А. Барабанщиков // Теория и методология психологии: Постнеклассическая перспектива. – М.: Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 268–285.

32. Баракат, Н. В. Аксиологический аспект медицинской деятельности / Н. В. Баракат // Вестник Волгогр. гос. ун-та. Сер. 7: Философия. – 2011. – № 3 (15). – С. 165–168.

33. Баракат, Н. В. Модели взаимодействия как фактор эффективной медицинской интеракции / Н. В. Баракат // Альманах современной науки и образования. – Тамбов: Грамота, 2013. – № 6 (73). – С. 19–21.

34. Баранцев, Р. Г. Синергетика в современном естествознании. / Р. Г. Баранцев. – М.: Едиториал УРСС, 2009. – 160 с.

35. Басин, Е. Я. Двуликий Янус (о природе творческой личности). – 2-е изд. / Е. Я. Басин. – М.: Гуманитарий, 2009. – 137 с.

36. Бауэр, И. Почему я чувствую, что ты чувствуешь: интуитивная коммуникация и секрет зеркальных нейронов / И. Бауэр; пер. с нем. – СПб.: Изд-во Вернера Регена, 2009. – 111 с.

37. Бахтин, М. М. К философии поступка / М. М. Бахтин // Философия и социология науки и техники: Ежегодник 1984-1985. – М.: Наука, 1986. – С. 80–160.

38. Башмакова, О. В. Клинико-социальные особенности невротических расстройств врачей и педагогов, работающих с психически больными: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Башмакова Ольга Валерьевна. – М., 2009. – 24 с.

39. Бгажноков, Б. Х. Культура эмпатии / Б. Х. Бгажноков // Этнографическое обозрение. – 2003. – № 1. – С. 55–68.

40. Бек, Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство / Джудит С. Бек; пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.

41. Бекренев, В. Д. Психическая напряженность и особенности ее проявления у спасателей МЧС России: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Бекренев Владимир Дмитриевич. – М., 2008. – 29 с.

42. Белан, Е. Е. Психология диалогического взаимодействия детей старшего дошкольного возраста со сверстниками, имеющими отклонения в интеллектуальном и двигательном развитии: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Белан Екатерина Евгеньевна. – СПб, 2009. – 24 с.

43.Бенеш, Н. Л. Актерская психотехника как психологическое средство развития личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Бенеш Наталья Леонидовна. – Хабаровск, 2007. – 23 с.

44.Бергер, П. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман: пер. с англ. – М.: Медиум, 1995. – 323 с.

45.Бережковская, Е. Л. Культурно-историческая и гуманистическая психология: возможные точки схода (эмпатия как высшая психическая функция) / Е. Л. Бережковская, Н. Г. Радинская // Вестник РГГУ. – 2006. – № 1. – С. 126–145.

46.Бодалев, А. А. Личность и общение / А. А. Бодалев. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 328 с.

47.Бодалев, А. А. Психология общения / А. А. Бодалев. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. – 320 с.

48.Боева, А. В. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров / А. В. Боева, В. А. Руженков, У. С. Москвитина // Научные ведомости БелГУ. – 2013. – № 11 (154), вып. 22. – С. 5–12.

49.Бойко, В. В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания / В. В. Бойко // Практическая психодиагностика. Методики и тесты / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом «БАХРАХ-М», 2006. – С. 161–170; 486–490.

50.Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 434 с.

51.Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – М.: Филин, 1996. – 472 с.

52.Бойко, Е. О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством: автореф. дис. ... д-ра мед. наук:14.00.45 / Бойко Елена Олеговна. – Москва, 2009. – 34 с.

53.Болучевская, В. В. Исследование особенностей коммуникативных барьеров у специалистов профессий социономического типа (на примере врачей) / В. В. Болучевская, А. И. Павлюкова // Медицинская психология в России:

электрон. науч. журнал. – 2011. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) – (дата обращения:12.03.2014).

54.Болучевская, В. В. Эмоциональное выгорание врачей как актуальная психологическая и медицинская проблема / В. В. Болучевская, М. Ю. Будников // Вестник Волгогр. ГМУ. – 2012. – Вып. 2 (42). – С. 6–9.

55.Большакова, Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: автореф. дис. ... канд. психол. наук:19.00.03 / Большакова Татьяна Валентиновна. – Ярославль, 2004. – 26 с.

56.Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. – Изд-во: «Прайм-Еврознак», 2009. – 816 с.

57. Боррел-Каррио, Ф., Биопсихосоциальная модель 25 лет спустя / Ф. Боррел-Каррио, Р. М. Эпстайн, Л. Сачмен // Отечественные записки. Журнал для медленного чтения. – 2006. – № 2 (29). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа://[www.strana-oz.ru/2006/2/biopsihosocialnaya-model-25-let-spustya](http://www.strana-oz.ru/2006/2/biopsihosocialnaya-model-25-let-spustya) (дата обращения:12.11.2015).

58.Боуэн, М. В. Духовность и личностно-центрированный подход / М. В. Боуэн // Вопросы психологии. – 1992. – № 3-4. – С. 24–33.

59.Бохарт, А. К. Эмпатия в клиент-ориентированной психотерапии: сопоставление с психоанализом и Я-психологией / А. К. Бохарт // Иностранная психология. – 1993. – Т. 1, № 2. – С. 57–64.

60.Бриш, К. Х. Терапия нарушений привязанности: от теории к практике / К. Х. Бриш: пер. с нем. – М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с.

61.Брудный, А. А. Психологическая герменевтика / А. А. Брудный. – М.: Изд-во «Лабиринт», 2005. – 335 с.

62.Брушлинский, А. В. Психология субъекта / А. В. Брушлинский. – СПб.: Алетейя, 2003. – 272 с.

63.Бубер, М. Два образа веры / М. Бубер: пер. с нем. – М.: Республика, 1995. – 464 с.

64. Булюбаш, И. Д. Основы супервизии в гештальт-терапии / И. Д. Булюбаш. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2003. – 223 с.
65. Бурковский, Г. В. Выражение отношений медицинского персонала к психически больным людям / Г. В. Бурковский // Вопросы психологии. – 1989. – № 3. – С. 138–141.
66. Бурлачук, Л. Ф. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
67. Бушкина, М. Г. Модель влияния образовательной среды вуза на становление профессиональных компетенций флотского психолога / М. Г. Бушкина // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. – 2008. – № 3. – С. 76–85.
68. Ванершот, Г. Эмпатия как совокупность микропроцессов / Г. Ванершот // К. Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / под ред. Д. Брэзиера: пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2005. – С. 52–78.
69. Вартанян, В. М. Эмпатия в структуре индивидуально-психотипологических особенностей личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Вартанян Виолетта Микаэловна. – М., 2007. – 24 с.
70. Василькова, А. П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Василькова Алла Панфиловна. – СПб., 1998. – 17 с.
71. Василюк, Ф. Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / Василюк Федор Ефимович. – М., 2007. – 47 с.
72. Василюк, Ф. Е. Семиотика и техника эмпатии / Ф. Е. Василюк // Вопросы психологии. – 2007. – № 2. – С. 3–14.
73. Вассерман, Л. И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Изд-во СПбГУ; М.: Академия, 2004. – 736 с.

74.Вассерман, Л. И. Медицинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова, Е. А. Дубинина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2014. – № 4 (27). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mprj.ru>. – (дата обращения: 12.11.2015).

75.Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.

76.Вачков И. В. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъектного подхода к групповой работе / И. В. Вачков, С. Д. Дерябо. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.

77.Вид, В.Д. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии / В.Д. Вид, Е.И. Лозинская // Российский психотерапевтический журнал. – 1998. – № 1. – С. 19–21.

78.Винер, Дж. Супервизия супервизора: Практика в поиске теории / Дж. Винер, Р. Майзен, Дж. Дакхэм: пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2006. – 352 с.

79.Винокур, В. А. Майкл Балинт, история создания балинтовских групп и международное балинтовское движение / В. А. Винокур // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2013. – № 3 (20). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. – (дата обращения: 08.11.2014)

80.Власова, О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы / О. А. Власова. – М.: Изд. дом «Территория будущего», 2010. – 640 с.

81.Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.

82.Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.

83.Волкова, М. Н. Психология субъекта: Хрестоматия / М. Н. Волкова. – Владивосток: Мор. гос. ун-т им. адм. Г. И. Невельского, 2007. – 182 с.

84. Волобаев, В. М. Мультимодальная групповая психотерапия эмоционального выгорания: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.03 / Волобаев Виктор Михайлович. – М., 2009. – 23 с.

85. Воробьева, Л. И. Психотерапия и этика / Л. И. Воробьева // Московский психотерапевтический журнал. – 2009а. – № 1. – С. 80–98.

86. Воробьева, Л. И. Философия гуманитарной практики / Л. И. Воробьева // Труды по консультативной психологии и психотерапии. Вып. 2: Психология. Сознание. Культура. – М.: МГППУ; ПИ РАО. – 2009б. – С. 105–143.

87. Воробьева, Л. И. Чем и как герменевтическая феноменология может быть полезна психотерапии (О философии «встречи») / Л. И. Воробьева // Журнал практического психолога. – 2013. – № 4. – С. 31–54.

88. Воронин, В. Н. К определению психологического понятия ситуации / В. Н. Воронин, В. Н. Князев // Актуальные вопросы организационно-психологического обеспечения работы с кадрами. Тематический сборник научных трудов / под ред. А. В. Филиппова. – М., 1989. – С. 255–258.

89. Вьюнова, Т. С. Этико-правовые основы взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии невротических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Вьюнова Татьяна Сергеевна. – СПб., 2011. – 24 с.

90. Гагарин, А. В. Экологическая компетентность личности: психолого-акмеологическое исследование / А. В. Гагарин. – М.: Изд-во РУДН, 2011. – 160 с.

91. Гадамер, Г.-Г. Истина и метод. Основы философской герменевтики / Г.-Г. Гадамер. – М.: Прогресс, 1988. – 704 с.

92. Герген, К. Социальный конструкционизм: знание и практика: сб. статей / К. Герген: пер. с англ. – Минск: БГУ, 2003. – 232 с.

93. Гиппенрейтер, Ю. Б. Феномен конгруэнтной эмпатии / Ю. Б. Гиппенрейтер, Т. Д. Карягина, Е. Н. Козлова // Вопросы психологии. – 1993. – № 4. – С. 61–68.

94. Говорин, Н. В. Психическое здоровье и качество жизни врачей / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова. – Томск-Чита: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 126 с.

95. Голощапов, И. В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Голощапов Игорь Владимирович. – М., 2010. – 24 с.

96. Городнова, М. Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды / М. Ю. Городнова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2012. – № 5 (16). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.12.2012.).

97. Городнова, М. Ю. Актуальные вопросы теории и практики супервизии врачей-психотерапевтов и медицинских психологов (в парадигме гештальт-терапии) / М. Ю. Городнова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13). – № 1. – С. 118–125

98. Городнова, М. Ю. Опыт реализации проекта «Создание инфекционного модуля в наркологической больнице» / М. Ю. Городнова, Н. В. Сапрыкина // Создание единого реабилитационного пространства для пациентов с тройным диагнозом: материалы международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 5-6 декабря 2007 г. – СПб., 2007. – С. 34–41.

99. Городнова, М. Ю. Оценка эффективности лечения, удовлетворенность работой и синдром эмоционального выгорания специалистов в лечебной среде наркологического стационара / М. Ю. Городнова // Наркология. – 2014. – № 8. – С. 70–75.

100. 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.

101. 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: научно-практическая конференция с международным участием / под редакцией проф. Н. Г. Незнанова, проф. Е. М. Крупицкого: тезисы конференции. – СПб., 2012. – С. 36–37.

102. 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.

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

104. Гринсон, Р. Р. Техника и практика психоанализа / Р. Р. Гринсон: пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2003. – 478 с.

105. Гришина, Н. В. Ситуационный подход и его эмпирические приложения / Н. В. Гришина // Психологические исследования. – 2012. – Т. 5, № 24. – С. 2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psystudy.ru>. (дата обращения: 21.07.2014).

106. Гришина, Н. В. Ситуационный подход к анализу и разрешению конфликтов / Н. В. Гришина // Вестник СПбГУ. Сер.16: Психология. Педагогика. – 2012. – Вып. 3. – С. 15–21.

107. Гришина, Н. В. Человек как субъект жизни: ситуационный подход / Н. В. Гришина // Субъектный подход в психологии / под ред. А. Л. Журавлева и др. – М.: ИП РАН, 2009. – С. 161–172.

108. Грищенко Р. В. Медико-организационные аспекты совершенствования лечебно-диагностического процесса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.03 / Грищенко Роман Вячеславович. – М., 1997. – 24с.

109. Гурвич, И. Н. Социальная психология здоровья: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05 / Гурвич Иосиф Наумович. – СПб., 1997. – 42 с.

110. Гурвич, И. Н. Социально-психологические факторы эффективности врачебной деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Гурвич Иосиф Наумович. – Л, 1981. – 16 с.

111. Гусев, В. В. Актуализация эмпатического образа в переводе художественной литературы / В. В. Гусев // Вестник МГЛУ. – 2005. – Вып. 506: Семантические и стилистические аспекты перевода. – С. 8–24.
112. Делакура, Ж-М. Супервизия / Ж-М. Делакура: пер. с франц. А. Джамбаевой. – Рига, 2002. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gestalt.dn.ua/books/supervisia> (дата обращения 12.07.2013).
113. Деларю, В. В. Психотерапевты о психотерапии и о себе / В. В. Деларю, А. А. Горбунов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2010. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. (дата обращения 23.03.2014).
114. Дементьев, И. В. Влияние эмпатии на профессиональную успешность офицеров-психологов пограничных органов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Дементьев Илья Владимирович. – М., 2013. – 30 с.
115. Дербенев, Д. П. Синдром психоэмоционального выгорания как профессиональная дезадаптация у врачей / Д. П. Дербенев, К. А. Эхте, О. В. Крячкова // Материалы IV съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. – Чебоксары, 2010. – С. 219–220.
116. Дерябо, С. Д. Экологическая педагогика и психология / С. Д. Дерябо, В. А. Ясвин. – Ростов /на Дону: Феникс, 2006. – 478 с.
117. Дерябо, С. Д. Экологическая психология: Диагностика экологического сознания / С. Д. Дерябо. – М: Моск. психолого-социальный институт, 1999. – 310 с.
118. Джейкобс, Д. Супервизорство: техника и методы корректирующих консультаций: руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа: учебное пособие для дополнительного образования / Д. Джейкобс, П. Дэвид, Д. Д. Мейер; пер. с англ. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 233 с. (Пер. изд.: *The supervisory encounter* / Jacobs Daniel, David Paul, Jay Meyer Donald. – New Haven, 1995).

119. Джендлин, Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями / Ю. Джендлин: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 488 с.
120. Джойс, Ф. Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии / Ф. Джойс, Ш. Силлс: пер. с англ. – М., Институт общегуманитарных исследований, 2010. – 352 с.
121. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков: пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Р. Д. Илюк, И. В. Берно-Беллекур, М. Н. Торбан, Е. М. Крупницкий. – СПб., 2012. – 81 с.
122. Дорошенко, Т. В. Эмпатия как фактор мотивации в профессиональном становлении личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Дорошенко Татьяна Владимировна. – Хабаровск, 2007. – 24 с.
123. Доскин, В. А. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, М. П. Мирошников и др. // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 48–54.
124. Доценко, О. Н. Эмоциональная направленность представителей социономических профессий с различным уровнем выгорания: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Доценко Ольга Николаевна. – М., 2008. – 21 с.
125. Дружинин, В. Н. Экспериментальная психология: учебное пособие. – 2-е изд., доп. / В. Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2006. – 318 с.
126. Дьяконов, Г. В. Экзистенциально-онтологическая концепция диалога / Г. В. Дьяконов // Психология общения: социокультурный анализ / под ред. А. А. Бодалева. – Ростов/на Дону, 2003. – С. 114–119.
127. Дэвис, М. Проверьте свой EQ. Умны ли вы эмоционально? / М. Дэвис: пер. с англ. – М.: РИПОЛ-классик, 2006. – 192 с.
128. Евдокимов, В. И. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.) / В. И. Евдокимов, В. Ю. Рыбников, А. В. Зотова. – СПб.: Политехника-сервис, 2012. – 168 с.

129. Елдышова, О. А. Проблема «выгорания» в профессиональной деятельности психолога и способы профилактики / О. А. Елдышова // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2007. – Т.13, серия: Психологические науки «Акмеология образования». – № 5. – С. 21–24.

130. Жукович, Е. А. Синдром эмоционального выгорания студентов 4-6 курсов медико-профилактического факультета / Е. А. Жукович // Актуальные проблемы современной медицины 2008: материалы 62-й международной науч. конф. студентов и молодых ученых / под ред. С. Л. Кабака, А. С. Леонтьюка. – Минск: БГМУ, 2008. – Ч. I. – С. 148.

131. Журавлев, А. Л. Особенности междисциплинарных исследований в современной психологии / А. Л. Журавлев // Теория и методология психологии: постнеклассическая перспектива / под ред. А. Л. Журавлева, А. В. Юревича. – М.: Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 15–32.

132. Завалишина, Д. Н. Практическое мышление: Специфика и проблемы развития / Д. Н. Завалишина. – М.: Ин-т психологии РАН, 2005. – 190 с.

133. Зайтметов, Х. А. Развитие эмпатических способностей студентов педагогических специальностей средствами национальной литературы: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Зайтметов Хусан Авакхонович. – М., 2013. – 30 с.

134. Замбржицкий, О. Н. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у студентов-медиков / О. Н. Замбржицкий, М. В. Катковская // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. – Минск: Смэлток, 2009. – Вып. 14. – С. 300–303.

135. Захаров, Н. Б. Мнение врачей и пациентов о целях госпитализации / Н. Б. Захаров // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», г. Казань, 23-26 сентября 2015 г.: тезисы / под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – [Электронный ресурс]: 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – С. 290.

136. Захарова, В. Е. Гештальт-терапия: Деконструкция в диалоге / В. Е. Захарова // Вестник СамГУ. – 2009. – № 5 (71). – С. 9–14.
137. Зейгарник, Б. В. Теория личности Курта Левина / Б. В. Зейгарник. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 118 с.
138. Зенцова, Н. И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Зенцова Наталья Игоревна. – М., 2009. – 25 с.
139. Зиновьева, М. А. Управление комплайенсом и качество жизни у больных с хронической алкогольной болезнью / М. А. Зиновьева, И. Н. Каграманян, А. Л. Хохлов и др. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2013. – № 4 (21). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mprj.ru>. (дата обращения: 10.01.2014 г).
140. Знаков, В. В. Макиавеллизм, манипулятивное поведение и взаимопонимание в межличностном общении / В. В. Знаков // Вопросы психологии. – 2002. – № 6. – С. 45–54.
141. Знаков, В. В. Тезаурусное и нарративное понимание событий как проблема психологии человеческого бытия / В. В. Знаков // Методология и история психологии. – 2010. – № 3. – С. 105–119.
142. Зобин, М. Л. Коморбидные невротические расстройства у больных опиоидной зависимостью / М. Л. Зобин, В. С. Яровой // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 5, вып. 2. – С. 12–16.
143. Зобин, М. Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Зобин Михаил Леонидович; СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2009. – 24 с.
144. Зобин, М. Л. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) / М. Л. Зобин, А. Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 36–48.
145. Зобин, М. Л. Современные подходы к оценке эффективности лечения опиоидной зависимости / М. Л. Зобин, А. Ю. Егоров // Психиатрия и наркология в XXI веке: сб. научных статей / под ред. А. Г. Софронова и А. Ю. Егорова. – СПб.: Артиком плюс, 2008. – С. 66–95.

146. Золотухина, Л. В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Золотухина Лидия Валерьевна. – СПб., 2011. – 21 с.
147. Иванец, Н. Н. Наркология: национальное руководство / Н. Н. Иванец, И. П. Антохина, М. А. Винникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 726 с.
148. Ильин, Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 576 с.
149. Илюк, Р. Д. Изучение мнений врачей-наркологов об эффективности наркологической службы по оказанию помощи пациентам с наркотической зависимостью / Р. Д. Илюк, М. Н. Торбан, Р. И. Хаймер и др. // Неврологический вестник. – 2013. – Т. XLV, вып. 2. – С. 30–38.
150. Иовлев, Б. В. Беседа как интерактивный метод клинико-психологической диагностики / Б. В. Иовлев, О. Ю. Щелкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. (дата обращения: 12.02.12.).
151. Йонтеф Г. Гештальт-терапия: Введение / Г. Йонтеф // Гештальт-2001: сб. статей Московского Гештальт Института. – М., 2002. – С. 18–27.
152. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 255 с.
153. Кабанов, М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.
154. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных. – 2-е изд. доп. и перераб. / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
155. Казаринова, Н. В. Теория межличностного общения как междисциплинарное знание / Н. В. Казаринова // Межличностное общение: учебник для вузов / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб.: Питер, 2001. – С. 12–29.
156. Калмыков, А. А. Экопсихология: переформатирование сознания / А. А. Калмыков // Экология и жизнь. – 2006. – № 8 (57). – С. 35–40.

157. Караваева Т. А. Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и ее правовое регулирование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06; 19.00.04 / Караваева Татьяна Артуровна. – СПб., 2011. – 57 с.
158. Карл Роджерс и его последователи. Психотерапия на пороге XXI века: сборник статей / под ред. Д. Брэзиера. – М.: Когито-центр, 2005. – 315 с.
159. Карпов, А. М. Отношение врачей психиатров к своей работе / А. М. Карпов, Г. З. Шакирзянов, Ф. Ф. Гатин и др. // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: сб. материалов науч. конф., Москва, 5-7 октября 2004 г. – М.: Изд. дом «Медпрактика-М», 2004. – С. 60.
160. Карпов, А. М. Самозащита от наркомании. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии. – 2-е изд., доп. / А. М. Карпов. – Казань: Изд-во «Татполиграф», 2002. – 52 с.
161. Карпов, А. М. Самозащита от саморазрушения. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии зависимостей и стрессов / А. М. Карпов. – М.: ИЕДпресс-информ, 2005. – 136 с.
162. Карпов, А. М. Самозащита от курения. – 4-е изд., доп. / А. М. Карпов, Г. З. Шакирзянов. – Казань: Изд-во «Татполиграф», 2002. – 32 с.
163. Карягина, Т. Д. Проблема формирования эмпатии / Т. Д. Карягина // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 1. – С. 38–54.
164. Карягина, Т. Д. Эволюция понятия «эмпатии» в психологии: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Карягина Татьяна Дмитриевна. – М., 2013. – 35 с.
165. Кемплер, У. Основы семейной гештальт-терапии / У. Кемплер: пер. с англ. – СПб.: «Издательство Пирожкова», 2001. – 224 с.
166. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.

167. Кипиани, А. И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Кипиани Анна Иосифовна. – Ставрополь, 2006. – 23 с.

168. Киржанова, В. В. Медико-социальные последствия инъекционного употребления наркотиков в России (методы оценки и предупреждения): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Киржанова Валентина Васильевна. – М., 2009. – 35 с.

169. Клиническая психология: учебник для ВУЗов. – 5-е изд., доп. / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2014 – 896 с.

170. Ключко, В. Е. Закономерности движения психологического познания: проблема ценностей и смысла в призме транспективного анализа / В. Е. Ключко // Ценностные основания психологической науки и психология ценностей / под ред. В. В. Знакова, Г. В. Залевского. – М.: Ин-т психологии РАН, 2008. – С. 41–61.

171. Кмить, К. В. Эмоциональное выгорание, не связанное с профессиональным стрессом / К. В. Кмить, Ю. В. Попов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 3. – С. – 3–8.

172. Ковалев, Г. А. Психическое развитие ребенка и жизненная среда / Г. А. Ковалев // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 13–23.

173. Ковалев, Г. А. Три парадигмы в стратегии психологического воздействия / Г. А. Ковалев // Вопросы психологии. – 1987. – № 3. – С. 41–49.

174. Кодесс, Б. П. Экопсихологические взаимодействия с профессиональной средой (на примере социномических профессий) / Б. П. Кодесс // Экопсихологические исследования–2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития: монографический сборник / под ред. В. И. Панова. – М.: УРАО «Психологический институт»; СПб.: Нестор-История, 2011. – С. 236–248.

175. Козин, В. А. Синдром «эмоционального выгорания»: происхождение, теории, профилактика, перспективы изучения / В. А. Козин, Т. В. Агибалова // Неврологический вестник. – 2013. – Т. XLV, вып. 2 – С. 44–52.

176. Козина, Н. В. Исследование эмпатии и ее влияние на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Козина Наталия Викторовна. – СПб., 1998. – 25 с.

177. Козленко, Е. А. Особенности эмоционального отношения к пациентам у сотрудников психиатрического стационара: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Козленко Евгения Анатольевна. – Волгоград, 2008. – 24 с.

178. Козлов, А. А. «Наркоманическая» личность / А. А. Козлов, М. Л. Рохлина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 7. – С. 23–27.

179. Колпаков, Я. В. Особенности клинико-психологического сопровождения женщин, зависимых от алкоголя, с разной мотивацией к лечению на этапе реабилитации / Я. В. Колпаков, В. М. Ялтонский // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Москва, 22-23 апреля 2011 г. – М.: МГППУ, 2011. – С. 116–120.

180. Колпаков, Я. В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Колпаков Ярослав Витальевич. – М., 2010. – 25 с.

181. Комарова, Т. К. О взаимосвязи познания других людей и самопознания личности в общении / Т. К. Комарова // Актуальные проблемы психологии общения: сб. науч. ст. Гродненского гос. ун-та им. Я. Купалы. – Гродно: ГрГУ, 2011. – С. 45–52.

182. Комова, О. С. Синдром эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала онкологического отделения / О. С. Комова, Л. Д. Цицюрская // Вестник КАСУ (Казахстанско-Американского свободного университета). – 2006. – № 3. – С. 196–199.

183. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал; пер с чешск. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.

184. Коновалова, Л. А. Перцептивные механизмы затрудненного взаимодействия в психологическом консультировании: автореф. дис. ... канд.

психол. наук: 19.00.05 / Коновалова Людмила Александровна. – Ярославль, 2006. – 22 с.

185. Константинова, Т. В. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Константинова Татьяна Вячеславовна. – Самара, 2006. – 26 с.

186. Копьев, А. Ф. О духовно-аксиологических предпосылках монологизма / А. Ф. Копьев // Труды по психологическому консультированию и психотерапии. – М.: МГППУ, ПИ РАО, 2009. – Вып. 2: Психотерапия. Сознание. Культура / под общ. ред. Ф. Е. Василюка. – С. 144–256.

187. Копьев, А. Ф. О прототипах психотерапевтического опыта / А. Ф. Копьев // Труды по психологическому консультированию и психотерапии. – М.: МГППУ, ПИ РАО, 2007. – Вып. 1: Гуманитарные исследования в психологии и психотерапии / под общ. ред. Ф. Е. Василюка. – С. 146–158.

188. Корзунин, В. А. Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04, 19.00.03 / Корзунин Владимир Александрович. – СПб.: СПбГУ, 2001. – 55 с.

189. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск, Изд-во «Олсиб», 2001. – 251 с.

190. Коршунов, Н. И. Некоторые вопросы взаимоотношений в диаде «врач-пациент» / Н. И. Коршунов, Н. В. Яльцева // Новости медицины. – 1995. – № 1. – С. 51–53.

191. Кохут, Х. Анализ самости / Х. Кохут: пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2003. – 369 с.

192. Кохут, Х. Интроспекция, эмпатия и психоанализ: исследование взаимоотношений между способом наблюдения и теорией / Х. Кохут: пер. с англ. // Антология современного психоанализа: в 2 т. / под ред. А. В. Рассохина. – М.: Ин-т психологии РАН, 2000. – Т. 1. – С. 282–299.

193. Криченко, Е. В. Акмеологические особенности смысло-жизненных стратегий врачей урологической специализации: автореф. дис. ... канд. психол.

наук: 19.00.13 / Криченко Екатерина Владимировна. – Ростов/на Дону, 2006. – 22 с.

194. Крупицкий, Е. М. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опиоидной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение / Е. М. Крупицкий, Р. Д. Илюк, М. Н. Торбан и др. // Вопросы наркологии. – 2012. – № 9. – С. 69–77.

195. Крупицкий, Е. М. Инъекционная форма налтрексона пролонгированного действия для лечения опиоидной зависимости: двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое многоцентровое исследование / Е. М. Крупицкий, E. V. Nunes, W. Ling и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 5. – С. 3–11.

196. Кузнецов, А. Г. Комплексная терапия больных опиоидной наркоманией с низкой мотивацией на лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Кузнецов Алексей Геннадьевич. – М., 2010. – 21 с.

197. Кузнецова, О. А. Психологические особенности развития и коррекции синдрома профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00. 04 / Кузнецова Ольга Александровна. – СПб., 2012. – 22 с.

198. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.

199. Кулаков, С. А. Био-психо-социо-духовная и синергетическая модель развития психосоматических расстройств: системный подход / С. А. Кулаков // Психическое здоровье. – 2009. – № 9. – С. 66–71.

200. Кулаков, С. А. Супервизия в психотерапии: учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров / С. А. Кулаков. – СПб: ООО «Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. – 128 с.

201. Куницына, В. Н. Проблема отношений личности в трудах В.Н. Мясищева / В. Н. Куницына, В. Н. Панферов // Психологический журнал. – 1992. – № 3. – С. 140–147.

202. Курылева, Н. В. Представления врачей о качествах, обеспечивающих эффективное взаимодействие с пациентом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Курылева Наталья Владимировна. – Кострома, 2012. – 27 с.

203. Лазебная, Е. О. Адаптация человека в жизненной среде: эволюционно-генетический подход к исследованию / Е. О. Лазебная // Экопсихологические исследования–2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития: монографический сборник / под ред. В.И. Панова. – М.: УРАО «Психологический институт»; СПб.: Нестор-История, 2011. – С. 56–68.

204. Ларенцова, Л. И. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов / Л. И. Ларенцова // Клиническая стоматология. –2003. – № 4. – С. 82–86.

205. Лебедева, Н. М. Путешествие в гештальт: теория и практика / Н. М. Лебедева, Е. А. Иванова. – СПб.: Речь, 2013. – 560 с.

206. Левин, К. Динамическая психология: Избранные труды / К. Левин: пер. с нем. и англ. – М.: Смысл, 2001. – 572 с.

207. Левин, К. Разрешение социальных конфликтов / К. Левин: пер. с англ. – СПб.: Речь, 2000. – 407 с.

208. Левин, К. Теория поля в социальных науках / К. Левин: пер. с англ. – СПб.: Речь, 2000. – 365 с.

209. Левина, И. Л. О понятии «приверженность (к) лечению» / И. Л. Левина // Вестник Кузбасского научного центра: Выпуск 17: Достижения медицинской науки Кузбасса – практическому здравоохранению. – Кемерово, 2013. – С. 51–53.

210. Левинас, Э. Время и Другой: гуманизм другого человека / Э. Левинас: пер. с франц. – СПб.: Высшая Религиозно-Философская Школа, 1999. – 266 с.

211. Леонтьев, Д. А. Курт Левин – методолог научной психологии / Д. А. Леонтьев, Е. Ю. Патяева // Левин К. Динамическая психология: Избранные труды. – М.: Смысл, 2001. – С. 3–20.

212. Леонтьев, Д. А. Неклассический вектор в современной психологии / Д. А. Леонтьев // Теория и методология психологии: постнеклассическая

перспектива / под ред. А. Л. Журавлева, А. В. Юревича. – М.: Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 74–94.

213. Лозинская, Е. И. Влияние синдрома выгорания врачей-психиатров на показатели терапевтического альянса у пациентов с психическими расстройствами / Е. И. Лозинская, Н. Б. Лутова, А. В. Ханько, А. В. Жигулева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 19–23.

214. Лозинская, Е. И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Лозинская Евгения Игоревна. – СПб., 2007. – 25 с.

215. Лукьянов, В. В. Влияние стажа профессиональной деятельности и уровня эмпатии на структуру синдрома перегорания у врачей-наркологов / В. В. Лукьянов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – № 1. – С. 18–19.

216. Лукьянов, В. В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04, 14.00.45 / Лукьянов Владимир Викторович. – СПб, 2007. – 53 с.

217. Лукьянов, В. В. Психодинамический подход к исследованию синдрома выгорания у психиатров-наркологов / В. В. Лукьянов, С. А. Игумнов // Психотерапия и клиническая психология. – 2007. – № 2. – С. 32–33.

218. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа / А. Лэнгле // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3–16.

219. Магнуссон, Д. Ситуационный анализ: Эмпирические исследования соотношений выходов и ситуаций / Д. Магнуссон // Психологический журнал. – 1983. – № 2. – С. 29–54.

220. Мазиллов, В. А. Основные направления методологических исследований и разработок в современной российской психологической науке / В. А. Мазиллов // Психологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 3–11.

221. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс: пер. с англ. – СПб.: Питер, 1996. – 684 с.
222. Маклеллан, А. Т. Современные материалы лечения наркомании: обзор фактических данных / А. Т. Маклеллан, Дж. Марсдан; Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк // Наркология. – 2005. – № 3. – С. 29–39.
223. Малыгин В. Л. Синдром эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер наркологических учреждений / В. Л. Малыгин, Е. Е. Пахтусова, Д. В. Шевченко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 5. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 05.07.2012.).
224. Малыгин, В. Л. Социально-психологические факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов / В. Л. Малыгин, А. С. Искандирова, Е. Е. Пахтусова и др. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // [medpsy.ru](http://medpsy.ru). (дата обращения: 05.07.2012.).
225. Маргошина, И. Ю. Показатели психосоматического здоровья и взаимоотношения с клиентом у врачей и психологов: автореф. дис... канд. мед. наук: 19.00.04 / Маргошина Инна Юрьевна. – СПб., 2008. – 22 с.
226. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий) / под ред. А. Л. Каткова. – Павлодар, 2011. – 397 с.
227. Мельник, Е. В. Влияние эмпатии на формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих педагогов-психологов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Мельник Елена Викторовна. – Казань, 2007. – 23 с.
228. Менделевич, В. Д. Аддиктивное влечение / В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – 264 с.
229. Менделевич, В. Д. Реабилитация наркозависимых как хронических больных / В. Д. Менделевич // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 2, Т. 1 (39). – С. 104–109.

230. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология. – 5-е изд. / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.– С. 213–225.
231. Меновщиков, В. Ю. Социально психологические аспекты подготовки среднего медицинского персонала: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Меновщиков Виктор Юрьевич. – СПб, 1995. –16 с.
232. Мерло-Понти, М. Феноменология восприятия / М. Мерло-Понти: пер. с франц. – СПб.: Ювента, Наука, 1999. – 603 с.
233. Методическое пособие по мониторингу и анализу наркологической заболеваемости / авторы-сост.: А. Г. Софронов, Д. П. Константинов, В. А. Григорьев; Комитет по здравоохранению СПб., Гор. наркол. б-ца, Гор. орг.-метод. консультативный отд. по наркологии. – СПб.: Лема, 2012. –149 с.
234. Миндубаев, И. В. Пути оптимизации стационарной наркологической помощи с позиции участников лечебного процесса: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.33 / Миндубаев Искандер Валерьевич. – Казань, 2007. – 22 с.
235. Миракян, А. И. Контурсы трансцендентальной психологии: в 2 кн. / А. И. Миракян. – М.: Институт психологии РАН. – Кн. 1: 1999. – 205 с.; Кн. 2: 2004. – 384 с.
236. Миронова, Е. Р. Психологические детерминанты профессионально-личностного самоопределения врача-руководителя: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Миронова Елена Рубеновна. – Краснодар, 2005. – 24с.
237. Молчанова, Л. Н. Система регуляции состояния психического выгорания (на примере представителей профессий помогающего типа): автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / Молчанова Людмила Николаевна. – М., 2012. – 48 с.
238. Монакова, С. В. Психологические условия развития доверительного отношения пациента к врачу: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Монакова Светлана Валентиновна. – Ставрополь, 2004. – 23 с.
239. Мэй, Р. Искусство психологического консультирования / Р. Мэй: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 144 с.

240. Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев; под ред. А. А. Бодалева. – М.: Изд-во Моск. психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2004. – 398 с.
241. Назыров, Р. К. Научный анализ состояния психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04 / Назыров Равиль Каисович. – СПб., 2012. – 49 с.
242. Наличаева, С. А. Самоактуализационный потенциал личности как детерминанта профессионального выгорания педагогов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Наличаева София Александровна. – М., 2011. – 26 с.
243. Нартова-Бочавер, С. К. Понятие психологическое пространство личности: обоснование и прикладное значение / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 2003. – № 6. – С. 27–37.
244. Нартова-Бочавер, С. К. Психологическое пространство личности / С. К. Нартова-Бочавер. – М.: Прометей, 2005. – 311 с.
245. Наскевич, А. Ю. Диалогическая организация взаимопонимания в консультативном взаимодействии / А. Ю. Наскевич // Актуальные проблемы психологии общения: сб. науч. ст. Гродненского гос. ун-та им. Я. Купалы. – Гродно: ГрГУ, 2011. – С. 143–150.
246. Наследов, А. Д. SPSS 19: профессиональный статистический анализ данных / А. Д. Наследов. – СПб.: Питер, 2011. – 400 с.
247. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие. 3-е изд. / А. Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2008. – 392 с.
248. Недодаева, Т. С. Удовлетворенность качеством медицинской помощи ВИЧ-инфицированных пациентов как фактор формирования установок на лечение: автореф дис. ... канд. мед. наук: 14.00.52 / Недодаева Татьяна Сергеевна. – Волгоград, 2009. – 24 с.
249. Незнанов, Н. Г. Преподавание психиатрии в системе подготовки врачей общей практики / Н. Г. Незнанов, В. И. Крылов // Психическое здоровье

Санкт-Петербурга – 2000: материалы конференции, 20–21 апреля 2000 г. – СПб. Изд-во СПбГТУ, 2000. – С. 176–178.

250. Незнанов, Н. Г. Холистический подход В. М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 3–6.

251. Ненастьева, А. Ю. Качество жизни у больных с зависимостью от опиатов (клинико-терапевтические корреляции): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Ненастьева Анна Юрьевна. – М., 2007. – 26 с.

252. Никифоров, И. И. Качество жизни больных алкогольной зависимостью в разных состояниях (тревожно-депрессивные нарушения во время абстинентного синдрома, в постабстинентном периоде и в ремиссии): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Никифоров Илья Игоревич. – М., 2007. – 23 с.

253. Николаенко, В. Н. Особенности взаимоотношений врача и больного алкоголизмом в процессе лечения: (клинико-психологическое исследование в связи с задачами индивидуальной психотерапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18, 19.00.04 / Николаенко Владимир Николаевич. – Л., 1987. – 18 с.

254. Никольская, И. М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям / И. М. Никольская // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2012. – № 5 (16). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.09.13.).

255. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – 2-е изд. / под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. – 313 с.

256. Обуховский, К. Галактика потребностей. Психология влечений человека / К. Обуховский: пер. с польск. – СПб.: Речь, 2003. – 296 с.

257. Одерышева, Е. Б. Эмоциональные и коммуникативные свойства личности врачей-преподавателей медицинского вуза: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Одерышева Елена Борисовна. – СПб., 2000. – 23 с.

258. Орел, В. Е. Синдром психического выгорания личности / В. Е. Орел. – М.: Когито-центр, 2005. – 450 с.
259. Орел, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 3. – С. 18–26.
260. Орлов, А. Б. Феномены эмпатии и конгруэнтности / А. Б. Орлов, М. А. Хазанова // Вопросы психологии. – 1993. – № 4. – С. 68–73.
261. Павлов, И. С. Личная терапия в процессе профессиональной подготовки как способ повышения эффективности психотерапевтов / И. С. Павлов, Н. И. Зенцова, С. С. Фёдорова // Научный диалог (Екатеринбург). – 2012. – № 11: Психология. – С. 109–118.
262. Панкова, М. В. Особенности эмпатии больных невротами: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. / Панкова Мария Владимировна. – СПб., 2003. – 21 с.
263. Панов, В. И. Введение в экологическую психологию: учебное пособие / В. И. Панов. – М.: Школьные технологии, 2006. – 184 с.
264. Панов, В. И. Ноосфера – психическая реальность или метафора? (Экопсихологическая гипотеза) / В. И. Панов // Вестник Ярославского государственного университета имени П. Г. Демидова. Сер. «Психология». – 2006. – № 1. – С. 21–28.
265. Панов, В. И. Система экопсихологических взаимодействий в развитии психики / В. И. Панов // Экопсихологические исследования: сборник материалов 5-й Российской конференции по экологической психологии, Москва, 26–27 ноября 2008 г. / под ред. В. И. Панова. – М.: Психологический институт РАО, 2009. – С. 37–55.
266. Панов, В. И. Экологическая психология, экопсихология развития, экопсихологические взаимодействия. Экологическая психология: основные направления и понятия / В. И. Панов // Экопсихологические исследования–2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития: монографический сборник / под

ред. В. И. Панова. – М.: УРАО «Психологический институт»; СПб.: Нестор-История, 2011. – С. 236–248.

267. Панов, В. И. Экологическая психология: опыт построения методологии / В. И. Панов. – М.: Наука, 2004. – 197 с.

268. Панов, В. И. Экологическая психология: системный анализ / В. И. Панов // Идея системности в современной психологии / под ред. В. А. Барабанщикова. – М.: Институт психологии РАН, 2005. – С. 407–433.

269. Парлетт, М. Раздумья о теории поля / М. Парлетт // Журнал практического психолога. – 2003. – № 3. – С. 53–85.

270. Пахтусова, Е. Е. Личностные особенности и клинические проявления синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04. / Пахтусова Елена Евгеньевна. – М., 2015. – 24 с.

271. Перлз, Ф. Теория гештальт-терапии / Ф. Перлз: пер. с нем. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 320 с.

272. Перри, К. Путешествие по лабиринту: Развивающий подход к супервизии / К. Перри: пер. с англ. // Супервизия супервизора: Практика в поиске теории. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 273–301с.

273. Петренко, В. Ф. Конструктивистская парадигма в психологической науке / В. Ф. Петренко // Теория и методология психологии: Постнеклассическая перспектива / отв. ред. А. Л. Журавлев, А. В. Юревич. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – С. 119–135.

274. Петрова, Е. В. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений / Е. В. Петрова, Н. В. Семенова, А. Н. Алехин // Вестник Томск. гос. пед. ун-та. – 2011. – № 12 (114). – С. 194–199.

275. Петровский, В. А. Развитие субъектности у дошкольников в ходе обучения двигательным навыкам / В. А. Петровский // Всероссийская научная конференция с международным участием «Активность, индивидуальность, субъект». XXIII Мерлинские чтения (к 110-летию В. С. Мерлина). – Пермь: Институт психологии ГОУ ВПО; Пермский гос. пед. ун-т, 2008. – С. 197–199.

276. Петровский, В. А. Человек над ситуацией / В. А. Петровский. – М.: Смысл, 2010. – 560 с.
277. Плавинский, С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии: обзор литературы / С. Л. Плавинский. – М.: Акварель, 2010. – 48 с.
278. Плоткин, Ф. Б. «Синдром эмоционального выгорания у врачей наркологов: фантом или клиническая реальность? / Ф. Б. Плоткин // Наркология. – 2011. – № 6. – С. 89–103.
279. Погодин, И. А. Контакт в психотерапии: инновации диалогово-феноменологического подхода / И. А. Погодин // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2014. – № 1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=3601>. (дата обращения 12.12.2015.)
280. Поддубная, Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор) / Т.В. Поддубная // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 2. С.9–36.
281. Полищук, Ю. И. Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии / Ю. И. Полищук, З. В. Летникова // Социальная и клиническая психиатрия – 2013. – Т. 23, № 3. – С. 99–103.
282. Поппер, К. Логика научного исследования / К. Поппер: пер. с англ. – М.: Республика, 2004. – 447 с.
283. Порядок и стандарты оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (сборник документов). – СПб.: Комитет по здравоохранению СПб; Городская наркол. б-ца и Городской орг.-метод. консультативный отдел по наркологии, 2013. – 161 с.
284. Постнов, В. В. Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов / В. В. Постнов // Вестник ОГУ. – 2010. – № 12 (118). – С. 184–189.
285. Психология общения. Энциклопедический словарь. – 2-е изд. / под ред. А. А. Бодалева. – М. Изд-во «Когито-Центр», 2015. – 672 с.

286. Психология. Учебник для гуманитарных вузов / под общ. ред. В. Н. Дружинина. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.
287. Психотерапевтическая энциклопедия. – 3-е изд. / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2005. – 944 с.
288. Пуговкина, О. Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: история проблемы / О. Д. Пуговкина, И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова и др. // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – № 1. – С. 35–68.
289. Ракицкая А. В. Эмоциональное выгорание как предмет социально-психологических исследований / А. В. Ракицкая // Актуальные проблемы психологии общения: сб. науч. статей Гродненского гос. ун-та им. Я. Купалы. – Гродно: ГрГУ, 2011. – С. 19–25.
290. Рассказова, Е. И., Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни / Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С. 17–21.
291. Резник, Р. Супервизия: совместное усилие / Р. Резник, Л. Эстрап: пер. С. С. Харина. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=108>. (дата обращения 12.07.2015.).
292. Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
293. Решетова, Т. В. Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников – ресурсы коррекции / Т. В. Решетова, В. А. Мазурок, Т. Н. Жигалова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 105–111.
294. Риццолатти, Дж. Зеркала в мозге. О механизмах совместного действия и сопереживания / Дж. Риццолатти, К. Синигалья: пер. с англ. – М.: Языки славянских культур, 2012. – 208 с.
295. Робин, Ж.-М. Быть в присутствии Другого: этюды по психотерапии / Ж.-М Робин: пер. с франц. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2008. – 288 с.

296. Робин, Ж.-М. От поля к ситуации / Ж.-М. Робин // Сборник Гештальт. 2004. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gestalt.ru/articles/?id=83684>. (дата обращения 21.07.2014.).
297. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Карл Роджерс: пер. с англ. – М.: Изд. группа «Прогресс»-«Универс», 1994. – 480 с.
298. Роджерс, К. Искусство консультирования и терапии / Карл Роджерс: пер. с англ. – М.: Апрель-Пресс; Эксмо, 2002. – 976 с.
299. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы / Карл Роджерс: пер. с англ. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2006. – 512 с.
300. Розеншток-Хюсси, О. Речь и действительность / О. Розеншток-Хюсси: пер. с нем. – М.: Изд-во «Лабиринт», 2009. – 272 с.
301. Росс, Л. Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии / Л. Росс, Р. Нисбетт: пер. с англ. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 429 с.
302. Россинский, Ю. А. Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля / Ю. А. Россинский, В. Я. Семке, Н. В. Асланбекова. – Павлодар: Республ науч.-практ. Центр медико- социальных проблем наркомании, 2008. – 319 с.
303. Рукавишников, А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.03, 19.00.05 / Рукавишников, Алексей Александрович. – Ярославль, 2001. – 23 с.
304. Рыбакова, К. В. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезвости / К. В. Рыбакова, Л. А. Дубинина, Н. Г. Незнанов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 63–72.
305. Рыбина, О. В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Рыбина Ольга Владимировна. – Санкт-Петербург, 2005. – 24 с.

306. Рындина, В. В. Модели взаимоотношений пациента и медицинского персонала онкологического диспансера: по материалам Курской области: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 14.00.52 / Рындина Вера Васильевна. – Курск, 2008. – 26 с.

307. Садохин, А. П. Межкультурная компетенция и компетентность в современной коммуникации / А. П. Садохин // *Общественные науки и современность*. – 2008. – № 3. – С. 156–166.

308. Сазонов, В. Я. Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Сазонов Валерий Яковлевич. – СПб., 2012. – 20 с.

309. Саранков, Ю. А. Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди потребителей инъекционных наркотиков: эффективные программы вмешательств: обзор научной литературы / Ю. А. Саранков. – М: Изд-во «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW), 2005. – 47 с.

310. Сарджвеладзе, Н. И. О балансе проекции и интроекции в процессе эмпатического взаимодействия / Н. И. Сарджвеладзе // *Бессознательное: Природа, функции, методы, исследования*. – Тбилиси: Мецниереба, 1978. – Т. 3. – С. 485–489.

311. Сартр, Ж.-П. Воображаемое. Феноменологическая психология воображения / Ж.-П. Сартр: пер. с франц. – СПб.: Наука, 2001. – 319 с.

312. Селезнев, С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) / С. Б. Селезнев // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал*. – 2011. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. (дата обращения 21.07.2014.).

313. Селезнева, М. В. Методологический анализ: общение, коммуникация, взаимодействие в образовательной среде / М. В. Селезнева // *Экопсихологические исследования–2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития: монографический сборник* / под ред. В. И. Панова. – М.: УРАО «Психологический институт»; СПб.: Нестор-История, 2011. – С. 227–236.

314. Семейная психотерапия. Хрестоматия / Сост. Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.
315. Семенова, Н. В. Современные подходы к формированию системы обеспечения качества психиатрической помощи (на примере Ленинградской области): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06, 14.02.03 / Семенова Наталия Владимировна. – СПб., 2014. – 50 с.
316. Семиздралова, О. А. Профилактика эмоционального выгорания на ранних этапах профессионализации учителя: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Семиздралова Ольга Анатольевна. – М., 2006. – 26 с.
317. Сиволап, Ю. П. Налтрексон-депо (вивитрол) в лечении алкоголизма: первый опыт применения в России / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков, М. В. Янушкевич // Наркология. – 2009. – № 9. – С. 48–52.
318. Сидоров, П. И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья / П. И. Сидоров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 2. – С.15–27.
319. Сидоров, П. И. Концепция формирования ишемической болезни сердца с позиции синергетического подхода / П. И. Сидоров, И. А. Новикова // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 2. – С.11–17
320. Сидоров, П. И. Синдром эмоционального выгорания / П. И. Сидоров // Медицинская газета. – 2005. – № 43. (8 июня 2005 г.).
321. Сименс, Х. Практическое руководство для гештальттерапевтов / Харм Сименс: пер. с голландск. – СПб.: Издательство Пирожкова, 2008. – 168 с.
322. Сирота, Н. А. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, Д. В. Московченко // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2014. – № 10. – С.6–8.
323. Сирота, Н. А. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. // Медицинская

психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). (дата обращения: 05.07.2013.).

324. Скотенко, О. Л. Модели взаимоотношений врача и пациента (на материале офтальмологической практики): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.05 / Скотенко Ольга Львовна. – Волгоград, 2010. – 23 с.

325. Скугаревская, М. М. Синдром профессионального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С.12–23.

326. Смирнова, О. Ю. Исследование феномена профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц / О. Ю. Смирнова, А. В. Худяков // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 3. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http:// medpsy.ru>. (дата обращения: 05.07.2012.).

327. Смит, Н. Современные системы психологии. История, постулаты, практика / Н. Смит: пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.

328. Смолова Л. В. Становление психологии взаимодействия с окружающей средой (исторический аспект) / Л. В. Смолова // 4-я Российская конференция по экологической психологии, Москва, 28-29 марта 2005 г.: материалы конференции. – М.: РУДН, 2006. – С. 28–42.

329. Смолова, Л. В. Психология взаимодействия с окружающей средой (экологическая психология) / Л. В. Смолова. – СПб.: СПбГИПСР, 2010. – 711 с.

330. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В. В. Лукьянова, Н. Е. Водопьяновой, В. Е. Орла и др.; Курский гос. ун-т. – Курск: КГУ, 2008. – 336 с.

331. Соколова, Е. Т. Перспективы системной модели комплайенса / Е. И. Соколова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием, Москва, 24-25 ноября 2011 г. – М.: МГМСУ, 2011. – С. 24–30.

332. Соколова, Л. В. Из истории становления комплексной науки о человеке (учение А.А. Ухтомского о биосоциальной природе человека) / Л. В. Соколова // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29, № 5. – С. 101–111.
333. Соловьева, Е. А. Средовая психология / Е. А. Соловьева // Практическая психология: Учебник. – 4-е изд., перераб., доп. / под ред. М. К. Тутушкиной. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. – С. 133–136.
334. Соловьева, Е. В. Основы средовой психологии / Е. В. Соловьева. – СПб: СПб ГАСУ, 2006. – 188 с.
335. Соложенкин, В. В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов ВУЗов / В. В. Соложенкин. – М.: Академический прехт, 2003. – 304 с.
336. Солондаев, В. В. Комплаенс в общении врач-больной. / В. В. Солондаев, Д. В. Сумеркина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 14.11.2013 г).
337. Софронов, А. Г. Оценка показателей качества жизни и социального функционирования у женщин с алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном наблюдении / А. Г. Софронов, Ю. А. Николкина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 43–47.
338. Спаниоло Лобб, М. Now-for-next в психотерапии. Гештальт-терапия, рассказанная в обществе эпохи постмодернизма / М. Спаниоло Лобб: пер. с итал. – М.: Московский Гештальт Институт, 2014. – 378 с.
339. Спиркина, Е. Развитие психоанализа и интересубъективный подход / Е. Спиркина, В. Зимин // Столороу Р., Брандшафт Б., Атвуд Дж. Клинический психоанализ. Интересубъективный подход. – 2-е изд., испр.; пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2011. – С. 7–16.
340. Стерлигова, Е. А. История становления и развития экологической психологии / Е. А. Стерлигова // Вестник пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2011. – Вып. 1 (5). – С. 43–47.

341. Стерн, Д. Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д. Н. Стерн; пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 2006. – 376 с.

342. Столин, В. В. Психодиагностика как наука и как практическая деятельность / В. В. Столин // Общая психодиагностика / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. – СПб.: Речь, 2004. – Гл. 1. – С. 13–35.

343. Столороу, Р. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. –2-е изд., испр. / Р. Столороу, Б. Брандшафт, Дж. Атвуд; пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2011. – 256 с.

344. Стрельникова, Ю. Ю. Биопсихосоциальный подход к оценке уровня изменений личности в зоне чрезвычайной ситуации / Ю. Ю. Стрельникова, К. Н. Хабибуллин // Вестник Санкт-Петербургского университета государственной противопожарной службы МЧС России. – 2013. – № 2. – С. 129–134.

345. Строкова, Е. В. Влияние личностных особенностей лечащего врача на приверженность пациентов к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Е. В. Строкова, Е. А. Наумова, Ю.Г. Шварц, О. Н. Семёнова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 263–269.

346. Сугако, Ю. В. «Синдром эмоционального выгорания» у студентов гомельского медицинского университета / Ю. В. Сугако, Т. П. Крупская // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. статей 1 республ. науч.-практ. конф. – Гомель: ГоМУ, 2009. – С. 72–73.

347. Сухонос, Ю. А. Особенности популяционного исследования качества жизни: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.33 / Сухонос Юрий Анатольевич. – СПб, 2003. – 24 с.

348. Таткина, Е. Г. Особенности ранней психопрофилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Таткина Елена Геннадьевна. – Томск, 2010. – 22 с.

349. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.

350. Теория поля в гештальт-терапии: контакт и отношения: сборник статей / ред. и сост. Жан-Мари Робин; пер. с англ. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015. – 122 с.

351. Терентьев, И. А. Личностные особенности проявления эмпатии в деятельности врача курортного лечебного учреждения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Терентьев Игорь Александрович. – Сочи, 2007. – 23 с.

352. Топольская, Т. А. О понятии «диалог» в психологических исследованиях общения и консультативной практике / Т. А. Топольская // Консультативная психология и психотерапия. – 2012. – № 1. – С. 34–63.

353. NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // Вопросы наркологии. – 2000. – № 1. – С. 29–30.

354. Трущенко, М. Н. К вопросу о синдроме выгорания: традиционные подходы исследования и современное состояние проблемы / М. Н. Трущенко // Психология: традиции и инновации: материалы междунар. науч. конф., г. Уфа, октябрь 2012 г. – Уфа: Лето, 2012. – С. 1–8.

355. Тучин, В. П. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Тучин Виктор Павлович. – М., 2014. – 19 с.

356. Тюрина, А. А. Эффективность применения имплантата налтрексона для стабилизации ремиссии у больных опиоидной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27, 14.03.06 / Тюрина Арина Александровна. – СПб., 2013. – 27 с.

357. Уайнхолд, Б. освобождение от созависимости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд: пер. с англ. - М.: Независимая фирма «Класс», 2012. – 224 с.

358. Умняшкина, С. В. Синдром эмоционального выгорания, как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий) / С. В. Умняшкина // Сибирский психологический журнал. – 2001. – № 14–15. – С. 68–71.

359. Ухтомский, А. А. Доминанта / А. А. Ухтомский. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.

360. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости / авторы Т. В. Агибалова, В. Б. Альтшулер, Б. А. Брюн и др.; ФГБУ «Федеральный мед. иссл. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского». – М., 2014. – 58 с.
361. Федяева, О. Н. Кластерный принцип определения ключевых факторов приверженности больных вич-инфекцией антиретровирусной терапии / О.Н. Федяева, Н. Д. Ющук, Н. А. Сирота, И. П. Балмасова // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12. № 8 (99). – С. 43-49.
362. Ференци, Ш. Интроекция и перенос / Ш. Ференци: пер. с нем. – Ижевск: ERGO, 2011. – 60 с.
363. Ференци, Ш. Тело и подсознание. Снятие запретов с сексуальности / Ш. Ференци; пер. с нем. – М.: NOTA BENE, 2003. – 592 с.
364. Филлипсон, П. Self в отношениях / П. Филлипсон: пер. с англ. – М.: Добросвет; Изд-во «КДУ», 2014. – 272 с.
365. Флоренская, Т. А. Диалог в практической психологии: наука о душе / Т. А. Флоренская. – М.: Владос, 2001. – 208 с.
366. Фоминых, Е. П. Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь: доклад на XI Летней Школе ЕКПП-Россия, Санкт-Петербург (Репино), 26-30 июня 2011 года / Е. П. Фоминых // Вестник психоанализа. – 2011. – № 1. – С. 169–172.
367. Фролова Ю. Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья / Ю. Г. Фролова // Философия и социальные науки. – 2008. – № 4. – С. 60–65.
368. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными 5-е изд., перераб. и доп. / И. Харди: перевод с венгерск. под ред. М. В. Коркиной и В. М. Шкловского. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988. – 338 с.
369. Харисова, Р. Р. Сравнительный анализ личностных особенностей и типов эмпатии как профессиональных качеств врачей-психиатров и психиатров-психотерапевтов / Р. Р. Харисова // Психология и Психотехника. – 2012. – № 6. – С. 39–43.

370. Ховкинс, П. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы / П. Ховкинс, Р. Шохет. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
371. Чазова, А. А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: автореф. дис. ...д-ра психол. наук: 19.00.04 / Чазова Алла Александровна. – СПб., 1998. – 42 с.
372. Черепанов, И. В. Психологический анализ видов эмпатии / И. В. Черепанов // Социокультурные детерминанты и мотивационные основы развития личности: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск: ГОУ ВПО НГПУ, 2010. – С. 132–143.
373. Чернобровкина, Т. В. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии / Т. В. Чернобровкина, Б. М. Кершенгольц. – Йошкар-Ола: Фрактал, 2006. – 313 с.
374. Черноушек, М. Психология жизненной среды / М. Черноушек: пер. с чешск. – М.: Мысль, 1989. – 174 с.
375. Чугунова, Э. С. Характеристика общения в эталоне медицинского работника / Э. С. Чугунова, Ф. Н. Портнов // Психологический журнал. – 1987. – № 5. – С. 84–93.
376. Шатровой, О. В. Личностные характеристики психотерапевтов и их динамика в процессе последипломного обучения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Шатровой Олег Вячеславович. – СПб., 1996. – 22 с.
377. Шестопалова, Л. Ф. Доверие в системе отношений врача и пациента и психологические факторы его формирования / Л. Ф. Шестопалова, О. А. Бородавко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 42–47.
378. Шишкова, А. М. Психологические особенности матерей наркоманов с героиновой зависимостью (в связи с задачами психокоррекции): автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. / Шишкова Александра Михайловна. – СПб., 2009. – 24 с.

379. Шлиппе, А. Учебник по системной терапии и консультированию / А. Шлиппе, Й. Швайтцер; пер с нем. – М.: Ин-т консультирования и системных решений, 2011. – 368 с.

380. Шмелева И. А. Психология взаимодействия со средой и экопсихология: проблемы синтеза / И. А. Шмелева // Ежегодник Российского психологического общества: материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28 июня 2003 г.: в 8 т. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://selfmoney.narod.ru/rpo\\_sa.htm](http://selfmoney.narod.ru/rpo_sa.htm). (дата обращения 13.07.2013).

381. Шмелева, И. А. Проблема взаимодействия человека с окружающей средой: области и аспекты психологического исследования / И. А. Шмелева // Вестник МГУ. Сер. 14: Психология. – 2010. – № 3. – С.105–120.

382. Шмелева, И. А. Психологические аспекты экологического оптимизма / И. А. Шмелева // Вестник СПбГУ. Сер.12: Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – Вып. 1 (1). – С. 24–30.

383. Шмелева, И. А. Психология экологического сознания / И. А. Шмелева. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2006. – 204 с.

384. Шпаковская, Е. В. Особенности построения взаимоотношений в лечебном процессе / Е. В. Шпаковская // Онкологический журнал. – 2003. – Т. 3, №1 (9). – С.78–83.

385. Шпаковская, Е. В. Приемы построения беседы в лечебном процессе / Е. В. Шпаковская // Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, № 4 (12). – С. 90–93.

386. Щелкова, О. Ю. Психологическая диагностика в медицине: системное исследование: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 / Щелкова Ольга Юрьевна. – СПб., 2009. – 49 с.

387. Эйдемиллер, Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. / Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев. – СПб.: Речь, 2012. – 207 с.

388. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

389. Эйдемиллер, Э. Г. Современные психотехнологии охраны здоровья психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и бизнесменов / Э. Г.

Эйдемиллер, В. А. Тарабанова // Материалы V Международной научно-практической конференции преподавателей вузов, ученых, специалистов, аспирантов, студентов «Теоретические и прикладные проблемы развития личности в образовательном пространстве» (декабрь 2010 г.). – Н. Новгород: ВГИПУ, 2010. – С. 106–109.

390. Эйдемиллер, Э. Г. Становление психотерапии как специальности – становление психотерапевта как специалиста / Э. Г. Эйдемиллер // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 4. – С. 84–92.

391. Эллис, А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – 2-е изд. / А. Эллис, У. Драйден; пер. с англ. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.

392. Этчегоен, Г. Контрперенос / Г. Этчегоен // Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований (1949–1999) / сост., науч. ред. и предисл. И. Ю. Романова. – М.: Академический проект, 2005. – С. 71–148.

393. Этчегоен, Г. Эмпатия / Г. Этчегоен: пер. с англ. // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. – С. 65–74. – (Etchegoen G. R. Countertransference: discovery and rediscovery / G. R. Etchegoen // The fundamentals of psychoanalytic technique. – London, New York: Karnak Books. – 1991. – Chap. 21. – P. 270–280).

394. Юдина, Е. В. Супервизия при синдроме выгорания психолога-консультанта с точки зрения экзистенциально-гуманистического подхода / Е. В. Юдина // Травматический стресс и профессиональная деятельность: материалы науч.-практ. конф. / под ред. З. В. Луковцевой, М. А. Стрижалковской. – М., 2010. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://hpsy.ru/link/31.htm>. (дата обращения 12.07.2015.).

395. Юревич, А. В. Объяснение в психологии / А. В. Юревич // Психологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 97–106.

396. Юсупов, И. М. Психология эмпатии: (теоретические и прикладные аспекты): автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / Юсупов Ильдар Масгудович. – СПб, 1995. – 24 с.

397. Ягнюк, К. В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии / К. В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. – С. 74–97.
398. Якушкин, Н. В. Проявление синдрома эмоционального выгорания в различных профессиях / Н. В. Якушкин, Е. В. Мартынова // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: материалы науч.-практ. конф. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – С. 107–109.
399. Ялтонский, В. М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ / В. М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2009. – № 6. – С. 60–69.
400. Янчук, В. А. Постмодернистский, социокультурный индетерминистский диалогизм как перспектива позиционирования в предмете психологии / В. А. Янчук // Методология и история психологии. – 2006. – Т. 1, вып. 1. – С. 193–206.
401. Ярославцева, Е. И. Человек в контексте синергетики / Е. И. Ярославцева // Философия науки. – Вып. 8: Синергетика человекомерной реальности. – М.: ИФ РАН, 2002. – С. 256–277.
402. Ясвин, В. А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию / В. А. Ясвин. – М.: Смысл, 2001. – 365 с.
403. Ясвин, В. А. Психология отношения к природе / В. А. Ясвин. – М.: Смысл, 2000. – 456 с.
404. Ясько, Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.03 / Ясько Бэлла Аслановна. – Краснодар, 2004 – 42 с.
405. Angus, L. Empathic relational bonds and personal agency in psychotherapy: implications for psychotherapy supervision, practice and research / L. Angus, P. Kagan // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 2007. – Vol. 44 (4). – P. 371–377.
406. Ayllon T. The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation / T. Ayllon, N. Azrin. – New York: Appleton-Century-Crofts, 1968. – 288 p.

407. Bacal, H. Optimal responsiveness and the therapeutic process / H. Baca. // *Progress in Self Psychology* / ed. by A. Goldberg. – New York: Guilford Press, 1985. – Vol. 1. – P. 202–227.
408. Bacskai, E. Clinical experiences with the Maudsley Addiction Profile (MAP) among heroin addicts / E. Bacskai, S. Rozca, J. Gerevich // *Orv. Hetil.* – 2005. – Vol.146, № 31. – P. 1635–1639.
409. Baros, A. M. What role does measuring medication compliance play in evaluating the efficacy of naltrexone? / A. M. Baros, P. K. Latham, D. H. Moak et al. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2007. – Vol. 31(4). – P. 596–603.
410. Barwise, J. *The Situation in Logic* / J. Barwise. – Stanford: Center for the Study of Language and Information, 1989. – 322 p. – (CSLI Lecture Notes, Number 17).
411. Batel, P. Risk factors of early drop-out during induction of high-dose buprenorphine substitution therapy. A study of 1085 opiate addicts / P. Batel, C. Reynaud-Maurupt, P. Lavignasse et al. // *Presse Medicale.* – 2004. – Vol. 33 (18, suppl. 1). – P. 5–9.
412. Borrell-Garrio, Fr. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry / Fr. Borrell-Garrio, A. L. Suchman, R. M. Epstein // *Annals of Family Medicine.* – 2004. – Vol. 2 (6). – P 576–582.
413. Botelho Alvim, M. Aesthetic Experience and Embodiedness: Fragments of a Dialogue between Gestalt Therapy, Art and Phenomenology / M. Botelho Alvim // *International Gestalt Journal.* – 2007. – Vol. 30 (1). – P. 9–30.
414. Bromwyn H. Mind-body innovations an integrative care approach / H. Bromwyn, P. Ford // *Psychiatr. Q.* – 2000. – Vol. 71 (1). – P. 47–58.
415. Brown, L. Empathy, genuineness and the dynamics of power: A feminist responds to Rogers / L. Brown // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 257–259.
416. Brownell, P. *Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors* / P. Brownell. – New York, NY: Springer Publishing, 2012. – 224 p.

417. Brownell, P. *Gestalt Therapy: A Guide to Contemporary Practice* / P. Brownell. – New York, NY: Springer Publishing, 2010. – 288 p.
418. Cain, D. J. *Person-Centered Psychotherapies* / D. J. Cain. – Washington: Amer. Psychol. Assoc., 2010. – 193 p.
419. Carlotto, M. S. Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome in Professionals in Basic Health Units / M. S. Carlotto, A. Pizzinato, K. B. Rosha, R. de Oliveira-Machado // *Ciencia & Trabajo (Impresa)*. – 2013. – Vol. 15. – P. 76–80.
420. Cherniss, C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study / C. Cherniss // *J. Organizational Behavior*. – 1992. – Vol. 13 (1). – P. 1–11.
421. Cherniss, C. *Professional burnout in human service organizations* / C. Cherniss. – New York: Praeger, 1980. – 318 p.
422. Chick, J. The United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol / J. Chick, H. Howlett, M. Y. Morgan, B. Ritson // *Alcohol and Alcoholism*. – 2000. – Vol. 35 (2). – P. 176–187.
423. Chidiac, M-A. To infinity and beyond. The hot seat: musings on twenty-eight years of changes in the Gestalt approach to groups / Marie-Anne Chidiac // *British Gestalt Journal*. – 2011. – Vol. 20 (1). – P. 42–51.
424. *CoCreating the Field: Intention and Practice in the Age of Complexity* / ed. by D. Ullman, G. Wheeler. – New York: Routledge, 2009 – 408 p.
425. *Community, Psychotherapy and Life Focus: A Gestalt Anthology of the History, Theory, and Practice of Living in Community* / ed. by B. O’Neill. – New South Wales: Ravenwood Press, 2009. – 318 p.
426. *Continuity and Change: Gestalt Therapy Now* / ed. by D. Bloom, P. Brownell. – Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing, 2011. – 485 p.
427. Dastur, F. The Importance of the Concept of Form in Psychopathology / F. Dastur // *International Gestalt Journal*. – 2007. – Vol. 30 (1). — P. 9–30.
428. Davis, M. H. *Empathy: A social psychological approach* / Mark H. Davis. – Boulder, Col., Oxford: Westview Press, 1994. – 260 p.

429. Delacroix J.-M. The Supervision Function of the Group / Jean-Marie Delacroix // *Gestalt*. – 2009. – Vol. 1 (35). – P. 169–190.
430. Delprato, D. J. Interbehavioral psychology: Critical, systematic, and integrative approach to clinical services / Dennis J. Delprato // *Theories of Behavior Therapy: Exploring Behavior Change* / ed. by W. O'Donohue & L. Krasner. – Washington DC: American Psychological Association, 1995. – 753 p.
431. Delprato, D. J. J.R. Kantor's interbehavioral psychology and humanism / Dennis J. Delprato // *Psychological Record*. – 2003. – Vol. 53 (1). – P. 3–14.
432. Demerouti, E. The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis / E. Demerouti, A. Bakker, I. Vardakou et al. // *Eur. J. Psychological Assessment*. – 2002. – Vol. 18. – P. 296–307.
433. Doehrman, M. J. Parallel Processes In Supervision And Psychotherapy / M. J. Doehrman // *Bulletin Of The Menninger Clinic*. – 1976. – Vol. 40. – P. 1–104.
434. Duan, Ch. The current state of empathy research / Ch. Duan, C. Hall // *J. Counseling Psychology*. – 1996. – Vol. 43 (3). – P. 261–274.
435. Edelson, M. *Psychoanalysis: A Theory in Crisis*. / M. Edelson. – Chicago: University of Chicago Press, 1988. – 428 p.
436. Edelwich, J. *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions* / J. Edelwich, A. Brodsky. – New York: Human Sciences Press, 1980. – 255 p.
437. Elliott, R. Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957) / R. Elliott, E. Friere // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 285–288.
438. Engel G. L. The biopsychosocial model and medical education: Who are to be teachers? // *N. Engl. J. Med.* – 1982. – Vol. 306. – P. 802–805.
439. Engel G. L. / The biopsychosocial model and the education of health professionals // *Ann. NY Acad. Sci.* – 1978. – Vol. 310. – P. 169–181.
440. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American J. Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137 (5). – P. 535–544.
441. Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine / G. L. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196 (4286). – P. 129–136.

442. Etzion, D. Burnout: The hidden agenda of human distress / D. Etzion // Paper presented at the AIPA/IAAP, XXIst International Congress of Applied Psychology, Jerusalem, Israel. – Tel Aviv: Tel Aviv University, 1987. – P. 16–17.
443. Evans, K. Living in the 21st Century: A Gestalt Therapist's Search for a New Paradigm / K. Evans // *Gestalt Review*. – 2007. – Vol. 11 (3). – P. 190–203.
444. Farber, B. On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions / B. Farber // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 289–294.
445. Feeney, G. F. Alcohol dependence: the impact of cognitive behaviour therapy with or without naltrexone on subjective health status / G. F. Feeney, J. P. Connor, R. M. Young et al. // *Aust. NZ J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 38 (10). – P. 842–848.
446. Fraisse, A. La supervision / A. Frasse // *Pourquoi la psychothérapie? Fondements, méthodes, applications* / ed. by S. Gringer, M. Meignant. – Paris: Dunod, 2005. – P. 271–283.
447. Frommer, J. Methodologische Aspekte des Leib-Seele-Problems in Psychosomatik und Psychotherapie (Review) / J. Frommer // *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*. – 1996. – Bd. 44 (3). – S. 231–242.
448. Garbutt, J. C. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized-controlled trial / J. C. Garbutt, H. R. Kranzler, S. S. O'Malley et al. // *JAMA*. – 2005. – Vol. 293. – P. 1617–1625.
449. *Gestalt Therapy: Advances in Theory and Practice* / ed. by T. B-Y. Levine. – New York: Routledge, 2011. – 191 p.
450. Ginger, S. Un regard gestaltiste sur la supervision / S. Ginger // *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie* / ed. by A. Delourme, E. Marc et al. – Paris: Dunod, 2007. – P. 129–145.
451. Goldfried, M. What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? / M. Goldfried // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 249–252.

452. Greenberg, G. Psychology From the Standpoint of an Interbehaviorist: A Review of "Modern Perspectives on J. R. Kantor and Interbehaviorism" / G. Greenberg // *Psychological Record*. – 2008. – Vol. 58. – P. 665–676.

453. Halbesleben, J. R. Burnout in organizational life / J. R. Halbesleben, M. R. Buckley // *Journal of Management*. – 2004. – Vol. 30. – P. 859–879.

454. Hall, J. Dispositional empathy in scientists and practitioner psychologists: group differences and relationship to self-reported effectiveness / J. Hall, M. Davis, M. Connelly // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2000. – Vol. 37 (1). – P. 45–56.

455. *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy* / ed. by P. Brownell. – Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing, 2008. – 350 p.

456. Hatcher, Sh. An analogue study of empathic process: Working with difference / Sh. Hatcher // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2005. – Vol. 42 (2). – P. 198–210.

457. Haynes, R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. / R. Haynes, H. McDonald, A. Garg // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2. Update Software, 2002. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000011/full>. (дата обращения 23.07.2012).

458. Heisterkamp, G. On the atmosphere of treatment from the analysand's point of view / G. Heisterkamp // *Zeitschrift fur Individualpsychologie*. – 2007. – Bd. 32 (1). – S. 6–25.

459. Herbeck, D. M. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders / D. M. Herbeck, D. J. Fitek, D. S. Svikis et al. // *American Journal on Addictions*. – 2005. – Vol. 14. – P. 195–207.

460. Hill, C. My personal reactions to Rogers (1957): The facilitative but neither necessary nor sufficient conditions of therapeutic personality change / C. Hill // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 260–264.

461. Hiller, M. L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated / M. L. Hiller // *Substance Abusers Substance Use & Misuse*. – 2009. – Vol. 44. – P. 28–41.
462. Hodges, C. Creative Processes in Gestalt Group Therapy / C. Hodges // *Creative License: The Art of Gestalt Therapy* / ed. by M. S. Lobb, N. Amendt-Lyon. – Vienna: Springer, 2003. – P. 249–259.
463. Horvath, A. O. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* / A. O. Horvath, L. S. Greenberg. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – 304 p.
464. Kantor, J. R. What qualifies interbehavioral psychology as an approach to treatment? / J. R. Kantor // *New Ideas in Therapy: Introduction to an Interdisciplinary Approach* / ed. by D. H. Ruben, D. J. Delprato. – Westport: Greenwood Press, 1987. – P. 3–8.
465. Keijzer, F. A // *Philosophical Psychology*. – 1996. – Vol. 9 (3). – P. 323–346.
466. Kernberg, O. F. *Internal world and external reality: object relations theory applied* / O. F. Kernberg. – New York: Jason Aronson Publ., 1994. – 374 p. Kondo, K. Burnout syndrome / K. Kondo // *Asian Medical Journal*. – 1991. – Vol. 34 (2). – P. 34–57.
467. Kristensen, T. S. The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout / T. S. Kristensen, M. Borritz, E. Villadsen et al. // *J. Work and Stress*. – 2005. – Vol. 19. – P. 192–207.
468. Kumar, S. Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand / S. Kumar, P. Sinha, G. Dutu // *Int. J. Soc. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 59 (5). – P. 460–467.
469. Lambrechts, G. *De Gestalttherapie tussen toen en straks* / G. Lambrechts. – Berchem: EPO, 2003. – 551 p.
470. Lamm, C. The neural substrate of human empathy: effects of perspective taking and emotion regulation / C. Lamm, Ch. D. Batson, J. Decety // *J. Cogn. Neuroscience*. – 2004. – Vol. 19 (1). – P. 42–58.

471. Lasalvia, A. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff / A. Lasalvia, C. Bonetto, M. Bissoli et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 195. – P. 537–544.
472. Law, D. W. A measure of burnout for business students / D. W. Law // *Journal Education for Business*. – 2010. – Vol. 85. – P. 195–202.
473. Lazarus, A. A. On necessity and sufficiency in counseling and psychotherapy (revisited) / A. A. Lazarus // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 253–256.
474. Lebowitz M.S., Ahn W. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy [Электронный ресурс] // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. – Режим доступа: <http://www.pnas.org/content/111/50/17786.abstract>. – (дата обращения: 12.07.2015).
475. Lee, R. G. Gestalt and shame: the foundation for a clearer understanding of field dynamics / R. G. Lee // *British Gestalt Journal*. – 1995. – Vol. 4 (1). – P. 14–22.
476. Letter, M. P. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout / M. P. Letter, P. Harvie, C. Frizzel // *Social Science and Medicine*. – 1998. – Vol. 47 (10). – P. 1611–1617.
477. Lourel, M. Psychometric properties of a global measure of job burnout / M. Lourel, N. Gueguen, F. Mouda // *Studia Psychologica* – 2008. – Vol. 50 (1). – P. 109–118.
478. Lyotard, J-F. *Phenomenology* / J-F. Lyotard. – New York: State University of New York Press, 1991. – 153 p.
479. Mann, D. *Gestalt Therapy: 100 Key Points and Techniques* / D. Mann. – London & New York: Routledge, 2010. – 282 p.
480. Marsden, J. New European instruments for treatment outcome research: reliability of the Maudsley Addiction Profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal / J. Marsden, U. Nizzoli, C. Corbelli et al. // *Eur. Addict. Res.* – 2000. – Vol. 6 (3). – P. 115–122.

481. Marsden, J. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome / J. Marsden, M. Gossop, D. Stewart et al. // *Addiction*. – 1998. – Vol. 93 (12). – P. 1857–1867.
482. Martin, D. J. Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review / D. J. Martin, J. P. Garske, M. K. Davis // *J. Counsel. Clin. Psychology*. – 2000. – Vol. 68 (3). – P. 438–450.
483. Maslach, C. Burnout: A multidimensional perspective. / C. Maslach // *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* / ed. by W. B. Schaufeli, Cr. Maslach, T. Marek. – Washington D.C: Taylor & Trancis, 1993. – P. 19–32.
484. Maslach, C. Job burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.
485. Mcneill, B. W. The Parallel Process In Psychotherapy Supervision / B. W. Mcneill, V. Worthen // *Professional Psychology*. – 1989. –Vol. 20. – P. 329–333.
486. Meara, A. The butterfly effect in therapy / A. Meara. // *Gestalt Review*. – 1999. – Vol. 3 (3). – P. 205–255.
487. Meier, P. S. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature / P. S. Meier, C. Barrowclough, M. C. Donmall // *Addiction*. – 2005. – Vol. 100 (3). – P. 304–316.
488. Merrill, J. O. Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the ‘Narc’ Cabinet / J. O. Merrill, L. A. Rhodes, R. A. Deyo et al. // *J. Gen. Intern. Medicine*. – 2002. – Vol.17 (5). – P. 327–333.
489. Miller, K. Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model / K. Miller, M. Birkhol, C. Scott et al. // *Communication Research*. – 1995. – Vol. 22 (2). – P. 123–147.
490. Miller, W. R. Motivational interviewing: preparing people to change / W. R. Miller, S. Rollnick. – New York: Guilford Press, 1991. – 348 p.
491. Mills, E. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators / E. Mills, J. Nachega, D.

Bangsberg et al. – PLoS Med. – 2006. – Vol. 3 (11). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030438>

492. Mitchell, A. J. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry / A. J. Mitchell, T. Selmes // *Adv. Psychiat. Treatment*. – 2007. – Vol.13. – P. 336–346.

493. *Modern Perspectives on J. R. Kantor and Interbehaviorism* / ed. by B. D. Midgley, E. K. Morris. – Reno, NV: Context Press, 2006. – 330 p.

494. Olkinuora, M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians / M. Olkinuora, S. Asp, J. Juntunen et al. // *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiology*. – 1990. – Vol. 25. – P.81–86.

495. Osterberg, L. Adherence to Medication / L. Osterberg, T. Blaschke // *New Engl. J. Medicine*. – 2005. – Vol. 353 (5). – P. 487–497.

496. Parlett, M. Contemporary Gestalt therapy: Field theory / M. Parlett // *Gestalt Therapy: History, Theory and Practice* / ed. by A. L. Woldt. – London: SAGE Publ. Inc., 2005. – P. 1, ch. 3. – P. 41–63.

497. Parlett, M. Reflections on Field Theory / M. Parlett // *British Gestalt Journal*. – 1991. – № 1. – P. 68–91

498. Perlman, B. «Burnout»: summary and future and research / B. Perlman, E. A. Hartman // *J. Human Relations*. – 1982. – Vol. 14 (5). – P. 153–161.

499. Perls, F. *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* / F. Perls, R. Hefferline, P. Goodman. – Harmondsworth: Penguin Books, 1973. – 535 p.

500. Philippon, P. Field Theory – Mirrors and Reflections / P. Philippon // *British Gestalt Journal*. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 59–63.

501. Ploeger, A. *Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie: Theorie und Praxis* / A. Ploeger. – Stuttgart: Thieme, 1972. – 161 s.

502. Polanyi, M. *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy* / M. Polanyi. – Chicago: University of Chicago Press, 1974. – 442 p.

503. Praag, D. van. *Gestalttherapie. Veld en existentie* / D. van Praag. – Leusden, Netherlands: De Tijdstroom, 1998. – 534 p.

504. Praszkie, R. Empathy, mirror neurons and SYNC / R. Praszkie // *Mind & Society*. – 2014. – P. 1–25. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11299-014-0160-x/fulltext.html> #copyright Information. (дата обращения 10.10.2015).

505. Preston, S. Empathy: Its Ultimate and Proximate Bases / S. Preston, F. de Waal // *Behavioral and Brain Sciences*. – 2002. – Vol. 25. – P. 1–72.

506. Prochaska, J. O. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis (7th Ed.) / J. O. Prochaska, J. C. Norcross. – Pacific Grove, CA: Brooks-Cole, 2010. – 624 p.

507. Reynolds, N. R. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study / N. R. Reynolds, M. A. Testa, L. G. Marc et. al. // *AIDS Behav.* – 2004. – Vol. 8 (2). – P. 141–150.

508. Reznik R. Supervision: A Collaborative Endeavor / R. Reznik, L. Estrap // *Gestalt Review*. – 2000. – Vol. 4 (2). – P. 121–137.

509. Rizzolatti, G. The mirror-neuron system / G. Rizzolatti, L. Craighero // *An. Rev. Neuroscience*. – 2004. – Vol. 27. – P. 169–192.

510. Robine J.-M. From Field to Situation / J.-M. Robine // *Contact and Relationship in a Field Perspective* / ed. by J.-M. Robine. – Bordeaux, France: L'exprimerie, 2001. – P. 95–108.

511. Robine, J.-M. A Background to “The Field” / J.-M. Robine // *Gestalt!* – 2011. – Vol. 11 (1). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.g-g-ej.org/11-1/robine.html>. (дата обращения 23.04.2012).

512. Robine, J.-M. Gestalt Therapy as Aesthetics / J.-M. Robine // *Intern. Gestalt Journal*. – 2007. – Vol. 30 (1). – P. 9–30.

513. Robine, J.-M. Social change begins with two / J.-M. Robine. – Milano: Instituto di Gestalt; Franco Angeli, 2015. – 286 p.

514. Rogers C. R. Client-centered therapy. / C. R. Rogers. – Boston: Houghton Mifflin, 1951. – 560 p.

515. Rogers C. R. Empatic: an unappreciated way of being / C. R. Rogers // *The Counseling Psychologist*. – 1975. – Vol. 5 (2). – P. 2–10.
516. Rogers, C. R. *A way of being* / C. R. Rogers. – Boston: Houghton Mifflin, 1980. – 395 p.
517. Rzeszutek, M. Burnout syndrome in male and female gestalt and cognitive-behavioral psychotherapists / M. Rzeszutek // *Roczniki Psychologiczne /Annals of Psychology*. – 2013. – T. XVI (1). – P. 155–161.
518. Sabar, S. What's a Gestalt? / S. Sabar // *Gestalt Review*. – 2013. – Vol. 17 (1). – P. 6–34.
519. Samstag, L. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change: Reactions to Rogers' 1957 article / L. Samstag // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 295–299.
520. Sannibale, C. Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients / C. Sannibale, P. Hurkett, E. van den Bossche et al. // *Drug and Alcohol Review*. – 2003. – Vol. 22. – P. 181–190.
521. Schaufeli, W. B. Burnout: 35 years research and practice / W. B. Schaufeli, M. P. Leiter, C. Maslach // *Career Development International*. – 2009. – Vol. 14 (3). – P. 204–220.
522. Schaufeli, W. B. *The Burnout companion to study and research: A critical Analysis* / W. B. Schaufeli, D. Enzmann. – London: Taylor & Francis, 1998. – 224 p.
523. Schon, D. A. *Educating the Reflective Practitioner* / D. A. Schon. – San Francisco: Jossey-Bass, 1987. – 355 p.
524. Searles, H. F. The Informational Value of the Supervisor's Emotional / H. F. Searles // *Experience. Psychiatry*. – 1955. – Vol.18. – P.135–146.
525. Shand, F. Guidelines for the treatment of alcohol problems / F. Shand, J. Gates, J. Fawcett, R. Mattick. – Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 2003. – 212 p.
526. Shorter, E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel / E. Shorter // *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to*

Understanding Illness / ed. by P White. – Oxford: Oxford University Press, 2005. – P. 1–19.

527. Silbershatz, G. Comments on «The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change» / G. Silbershatz // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 265–267.

528. Soff, M. Gestalt Theory in the Field of Educational Psychology: An Example / M. Soff // *Gestalt Theory*. – 2013. – Vol. 35 (1). – P. 47–58.

529. Sommers-Flanagan J. Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies, and Techniques. – 2nd ed. / J. Sommers-Flanagan, R. Sommers-Flanagan. – New York: John Wiley & Sons, 2012. – 592 p.

530. Spanguolo Lobb, M. The Therapeutic Relationship in Gestalt Therapy / M. Spanguolo Lobb // *Relational Approaches in Gestalt Therapy* / ed. by L. Jabobs, R. Hycher. – Santa Crus, New York, 2010. – P 111–129.

531. Spanguolo Lobb, M. Therapeutic meeting as improvisational co-creation / M. Spanguolo Lobb // *Creative license: The Art of Gestalt Therapy* / ed. by M. Spanguolo Lobb, N. Amendt-Lyon. – Wien-New York: Springer, 2003. – P. 37–49.

532. Staemmler, F. M. A Babylonian confusion?: On the uses and meanings of the term «field» / F. M. Staemmler // *British Gestalt Journal*. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 64–83.

533. Staemmler, F. M. Contact as first reality: Gestalt therapy as an intersubjective Approach / F.-M. Staemmler // *British Gestalt Journal*. – 2010. – Vol. 19 (2). – P. 28–33.

534. Staemmler, F. M. Empathy in Psychotherapy: How Therapists and Clients Understand Each Other / F.-M. Staemmler. – New York: Springer, 2012. – 310 p.

535. Stern, D. N. The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life / D. N. Stern. – New York: W. W. Norton, 2004. – 320 p.

536. Stern, D. N., Lo sviluppo come metafora della relazione / D. N. Stern, N. Bruschiweiller-Stern, A. Harrison et al. // *Quaderni di Gestalt*. – 2000. – T. XVII, № 30/31. – P. 6–21.

537. Stolorow, R. *Self psychology – A structural psychology* / R. Stolorow // *Reflections on Self Psychology* / ed. by J. Lichtenberg & S. Kaplan. Hillsdale. – NJ: The Analytic Press, 1983. – P. 287–296.
538. Stueber, K. *Rediscovering empathy* / K. Stueber. – Cambridge: Massachussets Institute of Technology, 2006. – 276 p.
539. Taylor, C. *Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid 1990-s* / C. Taylor, J. Graham, H. W. Potts et al. // *Lanset*. – 2005. – Vol. 366. – P. 742–744.
540. *The Concise Dictionary of Pastoral Care and Counseling* / ed. by G. H. Asquith, jr. – Nashville: Abingdon Press, 2010. – 254 p.
541. *Toward a psychology of situations: An interactional perspective* / ed. by D. Magnusson. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1981. – 480 p.
542. Tuldra, A. *Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy* / A. Tuldra, A. W. Wu // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* – 2002. – Vol. 31, suppl. 3. – P. S154–S157.
543. Vanaershot, G. *It takes two for tango: On empathy with fragile Processes* / G. Vanaershot // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2004. – Vol. 41 (2). – P. 112–124.
544. Vignemont, F. *The empathic brain: how, when and why?* / F. Vignemont, T. Singer // *Trends in Cognitive Sciences*. – 2006. – Vol. 10 (10). – P. 435–441.
545. Ware, J. E. *Sf-36 Health Survey: Manuel and Interpretation Guide* / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Lincoln, RI: Quality Metric Inc., 2000. – 238 p.
546. Warner, M. *Does empathy cure?* / M. Warner // *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* / ed. by A. C. Bozarth, L. S. Greenberg. – Washington, DC : APA, 1997. – P. 125–140.
547. Watchel, P. *Carl Rogers and the larger context of therapeutic thought* / P. Watchel // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 279–284.

548. Watson, J. Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change / J. Watson // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 268–273.

549. Weiss, L. HIV-related knowledge and adherence to HAART. / L. Weiss, T. Finkelstein R. French., M. Waters et. al. // *AIDS Care*. – 2003. – Vol. 15 (5). – P. 673–679.

550. Westman, M. The Impact of Short Overseas Business Trips on Job Stress and Burnout / M. Westman, D. Etzion // *Applied Psychology: An International Review*. – 2002. – Vol. 51 (4). – P. 582–592.

551. Wicker, A. W. *An Introduction to Ecological Psychology (Environment and Behavior)* / A. W. Wicker. – Cambridge: Cambridge University Press, 1984. – 240 p.

552. Wicker, A. W. Perspectives on behavior settings: With illustrations from Allison's ethnography of a Japanese hostess club / A. W. Wicker. // *Environment and Behavior*. – 2012. – Vol. 44. – P. 474–492.

553. Yontef, G. M. *Gestalt Therapy Theory of Change* / G. M. Yontef // *Gestalt Therapy: History, Theory and Practice* / ed. by A. L. Woldt, S. M. Toman. – Thousand Oaks: SAGE Publ., 2005. – P. 81–100.

554. Zinker, J. Presence as Evocative Power in Therapy / J. Zinker // *Gestalt Review*. – 1987. – Vol. 1 (2). – P. 34–43.

**ПРИЛОЖЕНИЯ****Приложение 1****Профиль аддикции****Раздел А (общая информация)**

ФИО \_\_\_\_\_ Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_ пол М/Ж \_\_\_\_\_

Дата интервью: \_\_\_\_\_ Дата госпитализации: \_\_\_\_\_ Число дней на отделении: \_\_\_\_\_

Семейное положение: женат – 1, одинок – 2, в разводе – 3, вдовец – 4

Наличие детей (кол-во, возраст)

Проживает с родителями, с супругой, один

Длительность употребления психоактивных веществ , в том числе внутривенно

Общее количество госпитализаций , в том числе, за последний год

Общее количество ремиссий , максимальная продолжительность ремиссии ,  
общая продолжительность ремиссии за время употребления

Причины ремиссии: самостоятельное прекращение – 1, лечение – 2,  
реабилитация – 3, вынужденная (лишение свободы) – 4, другое:

Причина настоящей госпитализации: плохое состояние здоровья – 1, отсутствие  
бытовых условий (нет жилья, денег) – 2, по постановлению суда – 3,  
криминальные причины – 4, по настоянию близких – 5, другое:

Ожидания от госпитализации: улучшить физическое и психическое состояние – 1,  
получить положительную характеристику – 2, найти временное жилье – 3,  
снизить дозу наркотика – 4, отказаться от потребления наркотика – 5, другое:

Планы после выписки: вернуться к прежней жизни – 1, пройти реабилитацию –  
2, самостоятельно отказаться от потребления – 3, уменьшить количество  
потребления – 4, другое:

Выбор данного отделения: попал случайно – 1, стремился целенаправленно – 2

Целенаправленный выбор обусловлен: собственный опыт – 1, рекомендовали  
друзья – 2, выбрали близкие – 3, другое:

Привлекательность отделения: квалификация врачей – 1, доброжелательность  
персонала -2, наличие реабилитационной программы -3, условия пребывания -4,  
наличие знакомых -5, другое:

Считаю лечение эффективным, если: улучшится здоровье – 1, смогу наладить отношения с близкими – 2, откажусь от наркотика – 3, смогу работать – 4, смогу контролировать потребление (потреблять меньше) – 5, другое:

Выбор оставаться на отделении определяется отношениями: с родителями – 1, супругой – 2, партнером – 3, другом – 4, врачом – 5, социальным работником – 6, медицинской сестрой – 7, другими специалистами – 8, пациентами – 9, другое:

Код интервьюера: врач – 1, клинический ординатор – 2, волонтер – 3.

Особенности: прекращение интервью – 1, отказ – 2, неспособность – 3.

### Раздел В. Употребление психоактивных веществ

№	субстанция	Дней употребления	Средняя суточная доза	Способ потребления
B1	Алкоголь			
B2	Героин			
B3	«Ханка»			
B4	Уличный метадон			
B5	«Кондитерский мак»			
B6	Кодеин			
B7	Агонисты-антагонисты			
B8	Кокаин			
B9	Амфетамины, экстази			
B10	«винт», «эфедрон»			
B11	Каннабис			
B12	Бензодиазепины			
B13				
B14				

#### Карта 1

кол-во дней употребления	
Ни разу	0
Один день	1
Два дня	2
Три дня	3
Четыре дня	4
Семь дней	8

#### Карта 2

1 литр напитка в пересчете на абсолютный алкоголь	
наименование	Кол-во
Пиво	
Ординарное (5%)	40
Крепленое (7%)	56
вино	
Водка, виски и т.п.	320

#### Карта 3

Способ употребления	
Внутри	1
интраназально	2
ингаляционно	3
внутривенно	4
внутримышечно	5

2 дня в неделю	9
3 дня в неделю	13
4 дня в неделю	17
5 дней в неделю	21
6 дней в неделю	26
Каждый день	30
Др. число	

### Раздел С. Поведение, связанное с риском для здоровья

C1	Всего дней инъекционного употребления за последние 30 дней (карта 1)	
C2	Количество инъекций в среднем в течение дня за последние 30 дней	
C3	Количество инъекций шприцем, который уже использовался кем-то другим	
C4	Количество лиц, с которыми был сексуальный контактов без презерватива в течение последних 30 дней	
C5	Общее число сексуальных контактов без презерватива за последние 30 дней	

### Раздел D: Состояние здоровья

D1. Как часто в течение последних 30 дней вы испытывали следующие симптомы физического дискомфорта?

	симптомы	Никогда 0	Редко 1	Иногда 2	Часто 3	Постоянно 4
A	Плохой аппетит					
B	Слабость и утомляемость					
C	тошноту					
D	Боли в животе					
E	Затруднение дыхание					
F	Боли в груди					
G	Боли в костях и суставах					
H	Мышечные боли					
I	Онемение и покалывание					
J	Дрожание рук					

D2. Как часто в течение последних 30 дней Вы испытывали следующие симптомы психического дискомфорта?

	Симптом	Никогда 0	Редко 1	Иногда 2	Часто 3	Постоянно 4
A	Эмоциональную напряженность					
B	Внезапный беспричинный страх					
C	Тревожность					
D	Внутреннюю дрожь и нервозность					
E	Приступы паники					
F	Чувство безнадежности					
G	Чувство собственной малоценности					
H	Утрату интереса к окружающему					

I	Чувство одиночества					
J	Суицидальные мысли					

### Раздел Е: Личностно-социальная адаптированность

E1	Сколько дней за последний месяц Вы общались со своим партнером, включая телефонные контакты (карта 1)	
E2	Сколько дней за последний месяц Вы были в конфликте со своим партнером?	
E3	Сколько дней за последний месяц Вы общались со своими родственниками, включая личные и телефонные контакты (карта 1)?	
E4	Сколько дней за последний месяц Вы были в конфликте со своими родственниками?	
E5	Сколько дней за последний месяц Вы общались со своими друзьями (карта 1)?	
E6	Сколько дней за последний месяц Вы были в конфликте со своими друзьями?	
E7	Сколько дней в течение последнего месяца у Вас была оплачиваемая работа?	
E8	Сколько дней в течение последнего месяца вы пропускали работу по болезни или вовсе без уважительных причин?	
E9	Сколько дней в течение последнего месяца Вы могли формально считаться безработным?	

#### E10. Правонарушения, совершенные в течение последних 30 дней

правонарушение	Периодичность	
	В течение скольких дней (карта 1)	Среднее число подобных правонарушений в день
Торговля наркотиками		
Мошенничество		
Кража товаров в магазине		
Квартирные кражи		
Кражи из автомобиля		
Мелкое воровство у родственников и знакомых		
Преступления с применением насилия		
Другие противоправные действия		

## Приложение 2

### Опросник качество жизни SF-36

ФИО

Дата

**ИНСТРУКЦИЯ:** этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками.

**Ответьте на каждый вопрос,** пометая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

**1. Как бы Вы в целом оценили состояние Вашего здоровья**  
(обведите одну цифру)

Отличное  
Очень хорошее  
Хорошее  
Посредственное  
Плохое

1 Значительно лучше, чем год назад  
2 Несколько лучше, чем год назад  
3 Примерно так же, как год назад  
4 Несколько хуже, чем год назад  
5 Гораздо хуже, чем год назад

1  
2  
3  
4  
5

**3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня.**

Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?  
(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
а. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
б. Умеренные Физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
в. Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
ж. Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
з. Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
и. Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
к. Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

**4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего** (обведите одну цифру в каждой строке)

	ДА	НЕТ
а. Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
в. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

**5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего** (обведите одну цифру в каждой строке)

	ДА	НЕТ
а. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
в. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

**6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?** (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

**7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?**

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

**8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)?** (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

**9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали, и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель.** Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течение последних 4 недель...

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
а. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
в. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6

г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
з. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
и. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

**10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)?**  
(обведите одну цифру)

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

**11. Насколько верно или неверно представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?**

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	3	3	4	5

### Приложение 3

#### Методика «Диагностика уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко

ФИО

пол М/Ж

возраст

Инструкция: ответьте на каждое утверждение «Да», если оно верно описывает ваше поведение и «Нет», если Ваше поведение не соответствует тому, о чем говорится в утверждении

	№	Утверждения	да	нет
Р	1	У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.		
Э	2	Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.		
И	3	Я больше верю доводам своего рассудка, чем интуиции.		
У	4	Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сослуживцев.		
П	5	Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.		
Д	6	Обычно я с первой же встречи угадываю “родственную душу” в новом человеке.		
Р	7	Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, работе, политике со случайными попутчиками в поезде, самолете.		
Э	8	Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.		
И	9	Моя интуиция - более надежное средство понимания окружающих, чем знания или опыт.		
У	10	Проявлять любопытство к внутреннему миру другой личности - бестактно.		
П	11	Часто своими словами я обижаю близких мне людей, не замечая того.		
Д	12	Я легко могу представить себя каким-либо животным, ощутить его повадки и состояния.		
Р	13	Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.		
Э	14	Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.		
И	15	Обычно, за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.		
У	16	В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.		
П	17	Иногда близкие упрекают меня в черствости, невнимании к ним.		
Д	18	Мне легко удается копировать интонацию, мимику людей, подражая им.		
Р	19	Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.		
Э	20	Чужой смех обычно заражает меня.		
И	21	Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.		
У	22	Плакать от счастья глупо.		

П	23	Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.		
Д	24	Мне редко встречались люди, которых я понимал бы без лишних слов.		
Р	25	Я невольно или из любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.		
Э	26	Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.		
И	27	Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, "разложив по полочкам".		
У	28	Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.		
П	29	Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.		
Д	30	У меня творческая натура - поэтическая, художественная, артистичная.		
Р	31	Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.		
Э	32	Я расстраиваюсь, если вижу плачущего человека.		
И	33	Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.		
У	34	Когда друзья начинают говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.		
П	35	Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно воздерживаюсь от расспросов.		
Д	36	Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей.		

#### Приложение 4

#### Опросник «Профессиональное выгорание вариант для медицинских работников» русскоязычная версия Н. Водопьянова, Е. Старченкова

ФИО

М/Ж

Возраст

Специальность

Стаж работы по специальности

Вам предлагается 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с работой. Ответьте, пожалуйста, как часто Вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Для этого на бланке для ответов отметьте по каждому пункту вариант ответа.

№	Утверждения	Никогда	редко	Очень редко	Иногда	Часто	Очень часто	Каждый день
1	Я чувствую себя эмоционально опустошенным (ой), без ярких эмоций и чувств							
2	К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.							
3	По утрам в рабочие дни у меня плохое настроение, я считаю дни и часы до выходных							
4	Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты (клиенты), и использую это для более успешного лечения							
5	Я общаюсь с моими пациентами (клиентами) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними к минимуму							
6*	Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально воодушевленным(ой)							
7	Я умею находить правильное решение в трудных ситуациях с больными (клиентами) и с коллегами							
8	Я чувствую неудовлетворенность и потерю интереса к моей работе							
9	Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (клиентов)							
10	В последнее время я предпочитаю быть более отстраненным (ой) по отношению к тем, с кем мне приходится работать							
11	Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня							
12	У работаю с удовольствием, и у меня много планов на будущее, связанных с моим профессиональным развитием. Я верю их							

	осуществление							
13	Я испытываю все больше жизненных разочарований							
14	Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше							
15	Я стараюсь эмоционально не реагировать на «трудных» (конфликтных) пациентов (клиентов)							
16	Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех							
17	Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными (клиентами)							
18	Я легко общаюсь с пациентами (клиентами) их родственниками независимо от их социального статуса и характера							
19	Я много успеваю сделать за день							
20	Я чувствую себя на пределе возможностей							
21	Я много смогу достичь в своей жизни							
22	Я проявляю к другим людям больше внимания и заботы, чем получаю от них в ответ признательности и благодарности							

## Приложение 5

### Анкета для специалистов

ФИО

Возраст

Пол М/Ж

Должность

стаж работы в данной должности

стаж работы в наркологии \_\_\_\_\_, стаж работы на данном отделении \_\_\_\_\_,  
общий медицинский стаж \_\_\_\_\_

Оцените удовлетворенность своей работой на данный момент по 100 бальной шкале, где 0 – минимальная удовлетворенность, а 100 максимальная:

Оцените эффективность наркологической помощи, оказываемой пациентам на отделении по 100 бальной шкале, где 0 – минимальная удовлетворенность, а 100 максимальная:

При каких критериях Вы считаете оказание наркологической помощи эффективным: пациент перестал употреблять наркотики – 1, состояние пациента улучшилось, но он не отказался от потребления – 2, другое:

Закончите, пожалуйста, следующие предложения

1. Я считаю, что оказание наркологической помощи может считаться эффективным, если \_\_\_\_\_
2. Когда пациент вновь поступает в отделение, я думаю, что \_\_\_\_\_
3. Если пациент вновь срывается, я считаю что \_\_\_\_\_
4. Если пациент выбирает потребление, я думаю, что \_\_\_\_\_
5. Глядя на пациентов, я часто думаю, что \_\_\_\_\_
6. В отделении я часто испытываю чувства \_\_\_\_\_

Спасибо!

**Приложение 6**

**Анкета для слушателей**

Уважаемый коллега! Мы проводим исследование для улучшения качества преподавания на нашей кафедре. Ответы на наши вопросы помогут нам сделать процесс обучения более эффективным.

ФИО \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол (М/Ж) \_\_\_\_\_

Семейное положение (одинок (а), женат (замужем), разведен(а), вдовец(а)) \_\_\_\_\_

Дети (есть/нет), сколько \_\_\_\_\_

Специальность (подчеркнуть): психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, другая \_\_\_\_\_

Стаж работы по специальности: \_\_\_\_\_

Кол-во пройденных циклов усовершенствования по специальности: \_\_\_\_\_

Из них на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СПб МАПО: \_\_\_\_\_

Я занимаюсь (индивидуальной, групповой, семейной) психотерапией, психоконсультированием, психодиагностикой (подчеркните), другое \_\_\_\_\_

Считаю себя представителем психотерапевтического направления (подчеркните): психоаналитического, психодинамического, экзистенциального, феноменологического, когнитивно-поведенческого, интегративного, эклектического, другого \_\_\_\_\_

Наиболее значимым для себя считаю получение во время обучения (подчеркните):

Теоретических знаний \_\_\_\_\_

Практических умений \_\_\_\_\_

Практических навыков \_\_\_\_\_

Супервизии \_\_\_\_\_

Личностного роста \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

Считаю, что недостаточно представлены в программе обучения (подчеркните):

Теоретические знания (какие) \_\_\_\_\_

Практические умения (какие) \_\_\_\_\_

Супервизия \_\_\_\_\_

Личностный рост \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

Ваши пожелания \_\_\_\_\_

Спасибо!

**Тест дифференцированной самооценки функционального состояния  
«Самочувствие. Активность. Настроение» (САН)**

**(Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б.).**

Уважаемый коллега! Соотнесите свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Выберите и отметьте цифру, наиболее точно отражающую Ваше состояние в момент обследования.

	3	2	1	0	1	2	3	
<b>1. Самочувствие хорошее</b>								Самочувствие плохое
<b>2. Чувствую себя сильным</b>								Чувствую себя слабым
<b>3. Пассивный</b>								<b>Активный</b>
<b>4. Малоподвижный</b>								<b>Подвижный</b>
<b>5. Веселый</b>								Грустный
<b>6. Хорошее настроение</b>								Плохое настроение
<b>7. Работоспособный</b>								Разбитый
<b>8. Полный сил</b>								Обессиленный
<b>9. Медлительный</b>								<b>Быстрый</b>
<b>10. Бездеятельный</b>								<b>Деятельный</b>
<b>11. Счастливый</b>								Несчастный
<b>12. Жизнерадостный</b>								Мрачный
<b>13. Напряженный</b>								<b>Расслабленный</b>
<b>14. Здоровый</b>								Больной
<b>15. Безучастный</b>								<b>Увлеченный</b>
<b>16. Равнодушный</b>								<b>Взволнованный</b>
<b>17. Восторженный</b>								Унылый
<b>18. Радостный</b>								Печальный
<b>19. Отдохнувший</b>								Усталый
<b>20. Свежий</b>								Изнуренный
<b>21. Сонливый</b>								<b>Возбужденный</b>
<b>22. Желание отдохнуть</b>								<b>Желание работать</b>
<b>23. Спокойный</b>								Озабоченный
<b>24. Оптимистичный</b>								Пессимистичный
<b>25. Выносливый</b>								Утомляемый
<b>26. Бодрый</b>								Вялый
<b>27. Соображать трудно</b>								<b>Соображать легко</b>
<b>28. Рассеянный</b>								<b>Внимательный</b>
<b>29. Полный надежд</b>								Разочарованный
<b>30. Довольный</b>								Недовольный

ФИО

возраст

Специальность

стаж

Дата заполнения

### Тест «Самооценка психических состояний» (Айзенк)

Инструкция: предлагаем вам описание различных психических состояний. Если Вам это состояние часто присуще, ставится 2 балла, если это состояние бывает, но изредка, то ставится 1 балл, если совсем не подходит — 0 баллов.

№	Утверждения	баллы
1.	Не чувствую в себе уверенности.	
2.	Часто из-за пустяков краснею.	
3.	Мой сон беспокоен.	
4.	Легко впадаю в уныние.	
5.	Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях.	
6.	Меня пугают трудности.	
7.	Люблю копаться в своих недостатках.	
8.	Меня легко убедить.	
9.	Я мнительный.	
10.	Я с трудом переношу время ожидания.	
11.	Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых все-таки можно найти выход.	
12.	Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом.	
13.	При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.	
14.	Несчастья и неудачи ничему меня не учат.	
15.	Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.	
16.	Я нередко чувствую себя беззащитным.	
17.	Иногда у меня бывает состояние отчаяния.	
18.	Я чувствую растерянность перед трудностями.	
19.	В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы пожалели.	
20.	Считаю недостатки своего характера неисправимыми.	
21.	Оставляю за собой последнее слово.	
22.	Нередко в разговоре перебиваю собеседника.	
23.	Меня легко рассердить.	
24.	Люблю делать замечания другим.	
25.	Хочу быть авторитетом для других.	
26.	Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего.	
27.	Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю.	
28.	Предпочитаю лучше руководить, чем подчиняться.	
29.	У меня резкая, грубоватая жестикуляция.	
30.	Я мстителен.	
31.	Мне трудно менять привычки.	
32.	Нелегко переключать внимание.	
33.	Очень настороженно отношусь ко всему новому.	
34.	Меня трудно переубедить.	
35.	Нередко у меня не выходит из головы мысль, от которой следовало бы освободиться.	
36.	Нелегко сближаюсь с людьми.	
37.	Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана.	
38.	Нередко я проявляю упрямство.	
39.	Неохотно иду на риск.	
40.	Резко переживаю отклонения от принятого мною режима дня.	

## Опросник «Психологический портрет психотерапевта»

(Эйдемиллер Э.Г., Васильева Н.Л., Александрова Н.В., Городнова М.Ю.)

Уважаемый коллега! Для улучшения качества преподавания на кафедре мы исследуем качества, которые влияют на профессиональную деятельность психотерапевта. Оцените ниже приведенные высказывания с помощью предлагаемой шкалы, поставив знак в соответствующей колонке. Да, это мне свойственно:

1	2	3	4
До 25%	25%-50%	50-75%	Более 75%

Качества	1	2	3	4
1. Собственные личностные проблемы решаю самостоятельно				
2. В большинстве жизненных ситуаций считаю себя ответственным за них				
3. В большинстве жизненных ситуаций считаю себя виноватым за любые неудачи				
4. Считаю, что не все в жизни мне подвластно				
5. Считаю себя грамотным человеком				
6. Принимаю себя таким, какой я есть				
7. Имею способность к сопереживанию, сочувствую				
8. Мои пациенты часто злят меня или раздражают				
9. Умею выслушивать пациентов не перебивая, не останавливая				
10. Стремлюсь в беседе с пациентами задавать уточняющие вопросы				
11. Не даю советы пациентам, не учу их жить				
12. Считаю необходимым давать советы пациентам				
13. Считаю, что пациент отвечает за успех терапии				
14. Умею создать условия для терапевтических изменений пациента				
15. Принимаю пациента таким, какой он есть				
16. Считаю, что успех терапии – достижение пациента				
17. Люблю игры, чудеса, приключения, неожиданность в жизни				
18. Учусь у других терапевтов, даже если их опыт отличается от моего				
19. Стремлюсь исправить пациента, избавить его от недостатков				
20. Избегаю неожиданностей, предпочитаю все планировать				
21. Уверен (а) в себе				
22. Во время работы с пациентом отвлекаюсь на свои переживания				
23. Уверен(а) в себе как мужчина (женщина)				
24. Считаю себя сдержанным в появлении эмоций во время работы с пациентом				
25. Во время работы сосредоточен только на проблеме пациента				
26. Эмоционально реагирую на происходящее с пациентом во время сеанса, использую смех, юмор, иронию				
27. Придерживаюсь мнения, что психотерапия очень серьезное дело				
28. Способен чувствовать дистанцию с пациентом и управлять ею				
29. Умею признавать свои профессиональные ошибки и работать с ними				
30. Считаю себя спонтанным и творческим человеком				

ФИО

Пол М/Ж

Возраст

Семейное положение: состою в браке (да/нет), сколько лет:

Брак по счету

Разведен(а), вдовец(а)

Дети (возраст):

Стаж работы по специальности:

### Рабочий лист участника супервизии в группе

Уважаемый коллега! Мы проводим исследование для улучшения качества преподавания на нашей кафедре. Ответы на наши вопросы помогут нам сделать процесс обучения более эффективным. Спасибо.

Специальность \_\_\_\_\_

Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

Участие в группе супервизии (впервые, повторно, укажите сколько раз)

Опыт личной супервизии (нет, есть, укажите число сеансов)

Во время работы группы отметьте те эмоции и переживания, которые Вы испытываете, обратите внимание на то, с чем они связаны:

эмоции, переживания	События

Вопросы в процессе работы группы, (кому они предназначены):

В процессе работы группы я испытывал чувства \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, по  
завершению работы группы я испытываю чувство \_\_\_\_\_

Планирую пройти собственную супервизию: да, нет

Считаю супервизию для себя: полезной, бесполезной, другое \_\_\_\_\_

Супервизия нужна мне для \_\_\_\_\_

**Алгоритм супервизионного занятия в обучающей групповой модели  
супервизии М.Ю. Городновой**

**Исследование параллельных процессов в контакте специалист—пациент**

- Выберите себе пару.
- Расскажите партнеру о наиболее трудном случае в Вашей профессиональной деятельности.
- В ходе рассказа наблюдатель отмечает феноменологию рассказчика и в моменты изменения невербального поведения произносит фразу: «Я думаю, что за этим скрыто что-то еще...». Рассказчик дает ответ и продолжает рассказ. За время рассказа должно быть не менее 5-7 отступов.
- Запишите осознания по завершении рассказа. Отметьте параллельные процессы, внесенные в контакт с пациентом и их влияние на него.
- Поменяйтесь ролями.
- Обсудите полученный опыт в паре, а затем в общем круге

**Исследование параллельных процессов в отношениях супервизор —  
специалист**

- Выберите новую пару. Один из участников становится супервизором, второй специалистом.
- Расскажите «супервизору» о случае с трудным клиентом, описывая свои трудности в отношениях с ним, начиная словами «я хочу рассказать тебе о трудном случае», подразумевая рассказанный случай в предыдущей двойке.
- Супервизор слушает, содействуя короткому рассказу.
- Замечайте возникающие переживания в момент рассказа. Запишите осознания.
- Поменяйтесь ролями.
- Объединитесь в четверки. Обсудите опыт, отмечая схожесть или различия параллельных процессов при рассказе о трудном случае и при взаимодействии с супервизором. Подведите итог занятия в общем круге.